

Ocena wyników leczenia guzów odbytnicy w technice przezodbytowej endoskopowej mikrochirurgii (TEM) ze szczególnym uwzględnieniem gruczolakoraków

Słowa kluczowe: przezodbytowa endoskopowa mikrochirurgia (TEM); guzy odbytnicy; rak odbytnicy T1-T2N0M0

Obecnie w chirurgii odbytnicy coraz większe znaczenie zaczynają odgrywać techniki minimalnie inwazyjne. W rakach jelita grubego laparoscopia stała się powszechnie akceptowanym, uznanym sposobem leczenia, równoważnym dla klasycznych technik otwartych. Aktualnie coraz większą popularność zyskują ponownie operacje miejscowe, a szczególnie technika przezodbytowej endoskopowej mikrochirurgii (TEM).

Cele pracy stanowią:

Cel główny:

- Ocena własnych wyników leczenia guzów dolnego odcinka odbytnicy metodą przezodbytowej, endoskopowej mikrochirurgii (TEM).

Cele szczegółowe:

- Ocena bezpieczeństwa i skuteczności leczenia w technice TEM wszystkich zakwalifikowanych do procedury guzów odbytnicy poprzez analizę porównawczą w grupach chorych o różnym rozpoznaniu patologicznym ze szczególnym uwzględnieniem: oceny ryzyka wczesnych i odległych powikłań pooperacyjnych oraz oceny ryzyka niepowodzeń miejscowych i konieczności wykonania reoperacji
- Porównawcza ocena wyników leczenia niskozaawansowanego raka gruczołowego odbytnicy (w stopniu T1-T2N0M0) u chorych operowanych w technice TEM w porównaniu do chorych operowanych metodami klasycznymi (pierwotne, przezbrzuszne leczenie operacyjne, bez terapii neoadiuwantowej czy indukcyjnej).

Materiał i metody:

Analizie retrospektywnej poddano grupę 116 osób, leczonych w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej w latach 2012-2018, z której wyodrębniono 5 grup badanych: grupa 1 - 28 chorych na gruczolakoraka odbytnicy; grupa 2 - 18 chorych operowanych z powodu gruczolaka odbytnicy (polipa); grupa 3 - 12 chorych operowanych z powodu NEN; grupa 4 - 3 chorych operowanych z innych przyczyn; grupa 5 - 55 chorych operowanych z powodu gruczolakoraka odbytnicy metodami klasycznymi (AR lub APR). Chorych z grup 1-4 operowano w technice TEM. Badanie prowadzono w dwóch etapach. W etapie pierwszym, będącym oceną bezpieczeństwa i skuteczności leczenia techniką TEM guzów odbytnicy analizowano grupy 1-4, a szczegółowej analizie porównawczej poddano grupy 1-3.

W etapie drugim porównano wyniki leczenia chorych na niskozaawansowanego raka odbytnicy (T1-T2N0M0) operowanych miejscowo w technice TEM (grupa 1) oraz leczonych pierwotnie operacyjnie metodami klasycznymi (grupa 5). Kwalifikację do TEM prowadzono w oparciu o powszechnie przyjęte standardy kwalifikacji. Wszyscy chorzy mieli wykonaną kolonoskopię oraz USG transrektalne. Dotychczas przy kwalifikacji nie stosowano rezonansu magnetycznego. Wszystkie procedury TEM zostały wykonane z wykorzystaniem platformy TEO (Transanal Endoscopic Operation) firmy Karl Storz. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu pakietu R, w wersji 3.5.3. Za poziom istotności przyjęto $\alpha=0,05$.

Wyniki:

Etap pierwszy: grupy 1-3 nie różniły się między sobą rozkładem płci ($p=0,0995$). Natomiast stwierdzono istotne różnice dotyczące wieku chorych ($p<0,001$). Chorzy z grupy 3 byli najmłodsi, (średnia wieku - 49,5 roku), w pozostałych grupach średnia wieku przekraczała 65 rok życia. Wskaźnik BMI chorych w poszczególnych grupach był zbliżony, podobnie nie wykazano różnic w odległości guza od brzegu odbytu i położeniu na ścianie odbytnicy. Natomiast grupy różniły się wielkością (średnicą) operowanej zmiany ($p<0,001$). Największe nowotwory operowane w technice TEM to łagodne gruczolaki (grupa 2) - średnia wielkość zmiany to 2,69 ($\pm 1,57$) cm. Nie zaobserwowano istotnych różnic w czasie trwania operacji w poszczególnych latach, niezależnie od typu histopatologicznego operowanej zmiany ($p=0,7969$). W badanej populacji nie odnotowano różnic w częstości występowania powikłań pooperacyjnych ($p=0,5172$). W grupach od 1-3 stwierdzono 1 krwawienia wymagające powtórnej interwencji chirurgicznej (1/58; 1,7%) - stopień 3b w skali Claviena oraz 4 zatrzymania moczu (4/58; 6,9%) - stopień 1 w skali Claviena. Nie odnotowano powikłań późnych pod postacią zaburzeń oddawania stolca ocenianych 6 ms po zabiegu. W całej populacji chorych operowanych w technice TEM wolne marginesy wycięcia uzyskano u 58 chorych (58/61; 95,1%) i u 55 chorych (55/58; 94,8%) u chorych z grup 1-3. Reoperacja była konieczna u 9 osób (9/58; 15,5%). Najczęściej dotyczyła chorych z grupy 1 (7/28 ;25%). W grupie 1, u 21 chorych (75%) stwierdzono zaawansowanie pT1. U dwóch z nich stwierdzono czynniki ryzyka nawrotu miejscowego takie jak: angioinwazja, wąskie marginesy resekcji czy rozfragmentowanie preparatu. W jednym przypadku doszło do nawrotu choroby (1/2; 50%). U pozostałych 19 chorych o zaawansowaniu pT1, bez czynników ryzyka wznowę stwierdzono jedynie u jednego chorego (1/19; 5,3%). Natomiast wśród 7 chorych o zaawansowaniu pT2 u 3 (3/7; 42,9%) wystąpiła wznowa miejscowa.

Etap drugi: nie stwierdzono różnic pomiędzy grupami 1 i 5 pod względem wieku, płci i wskaźnika BMI, natomiast większą średnią odległość guza od brzegu odbytu odnotowano u chorych z grupy 5 ($p=0,0364$). Różnice odnoszące się do tej zmiennej nie były istotne po przeprowadzeniu procesu PSM ($p=0,1457$). Zarówno przed jak i po PSM grupy istotnie różniły się średnicą guza, czasem trwania operacji oraz długością pobytu w szpitalu na niekorzyść chorych z grupy 5 ($p<0,001$; $p=0,0003$; $p<0,001$). Porównując pooperacyjne zaawansowanie nowotworu, (cecha pT) wyższe zaawansowanie choroby zaobserwowano u chorych z grupy 5

(przed i po PSM) ($p < 0,001$ i $p = 0,0034$) Grupy różniły się między sobą także częstością występowania i ciężkością powikłań pooperacyjnych. Różnica w częstości powikłań była istotna zarówno przed, jak i po PSM ($p = 0,0035$ i $p = 0,0219$). W grupie 1 nie stwierdzono powikłań wymagających reoperacji, w 2 przypadkach odnotowano zatrzymanie moczu wymagające cewnikowania (Clavien 1). W grupie 5 stwierdzono 5 przypadków powikłań wymagających powtórnej operacji (Clavien 3B). W grupie 5 przed wykonaniem procedury PSM był zdecydowanie wyższy odsetek chorych z wylonioną stałą stomią ($p = 0,0414$). Nie obserwowano różnic statystycznych dotyczących częstości występowania stomii po przeprowadzeniu procedury PSM, jednak odsetek chorych ze stałą przetoką jelitową w grupie 5 był nadal wyższy i wynosił 45,8% w porównaniu do 16,7% w grupie 1 – różnica ta była na progu znamienności statystycznej ($p = 0,0599$). Grupy 1 i 5 nie różniły się między sobą częstością nawrotu miejscowego ($p = 0,3774$) i rozsiewu choroby ($p = 0,7627$) co przekłada się na brak różnic w prawdopodobieństwie wystąpienia nawrotu miejscowego ($p = 0,2$) oraz prawdopodobieństwie wystąpienia rozsiewu odległego ($p = 0,86$). Przeprowadzona analiza przeżycia bezobjawowego (DFS) i całkowitego (OS) nie wykazała różnic między grupami zarówno przed, jak i po przeprowadzeniu PSM. ($p = 0,36$; $p = 0,21$ oraz $p = 0,45$; $0,42$) co świadczy o podobnych wynikach leczenia onkologicznego uzyskanych w obu badanych grupach.

Wnioski:

Technika TEM dla prawidłowo wyselekcjonowanych chorych jest bezpieczną alternatywną metodę leczenia operacyjnego, obarczoną niewielkim ryzykiem powikłań, skracającą pobyt w szpitalu i poprawiającą jakość życia.

Uzyskane wyniki potwierdzają wysoką skuteczność leczenia miejscowego raka odbytnicy o zaawansowaniu T1N0M0 bez dodatkowych czynników ryzyka.

Większość nawrotów i niepowodzeń dotyczy chorych na raka odbytnicy w stopniu pT2, błędnie zakwalifikowanych do operacji w technice TEM jako cT1. Być może uzupełnienie przedoperacyjnych badań obrazowych o MR pozwoli w przyszłości poprawić kryteria kwalifikacji i wyniki leczenia.

Ze względu na swoje zalety, technika TEM powinna zostać bardziej spopularyzowana i wystandaryzowana dla zaprojektowania i przeprowadzenia badań wieloośrodkowych, koniecznych ze względu na małoliczne grupy chorych leczonych w pojedynczych polskich ośrodkach.