

Probleme de chirurgie oncologică

3. Despre excizia totală a mezorectului, cu sinceritate. De ce nu sunt toate cancerurile rectale operate minimal invaziv (nici laparoscopic, nici robotic)?

C. Vasilescu

Centrul de Chirurgie Generală și Transplant Hepatic, Institutul Clinic Fundeni, București, România

Rezumat

Principalul criteriu de evaluare a unei tehnici în chirurgia cancerului rectal, fie ea realizată prin chirurgie deschisă, laparoscopică sau robotică, este actualmente acuratețea exciziei totale a mezorectului (TME). TME laparoscopică are unele avantaje (disecție minuțioasă, cu o vizibilitate mai bună); există însă limitări importante care au frânat diseminarea metodei: instrumente rigide, cu manevrabilitate redusă. TME laparoscopică poate fi benefică pentru pacienți selecționați. Chirurgia robotică poate depăși în parte limitările TME laparoscopice prin vizibilitate și manevrabilitate crescută a instrumentelor. Se poate aștepta ca ea să aducă aceleași beneficii pe care le aduce în abordarea altor cancer pelvine (urologice, ginecologice). Cu echipamentul actual, cu tumorile avansate cu care avem de-a face, vor rămâne însă în mod cert cazuri care nu pot fi tratate în mod corect din punct de vedere oncologic decât prin chirurgie deschisă. Și laparoscopia și robotica sunt mijloace, instrumente și nu scopuri în chirurgia oncologică.

Cuvinte cheie: cancer de rect, excizie totală a mezorectului, laparoscopie, chirurgie robotică

Abstract

Current problems in surgical oncology

3. On total mesorectal excision, with sincerity. Why are not all patients with rectum cancer operated minimally invasive (neither by laparoscopy nor by robotic surgery)?

The main evaluation criterion in rectum cancer surgery is the accuracy of total mesorectal excision (TME). Laparoscopic TME has some advantages (sharp dissection, a better visibility) over open surgery; there are other factors that limited the dissemination of the laparoscopic approach (rigid instruments, with a limited maneuverability). Laparoscopic TME can be beneficial for selected patients. Robotic surgery, with a better view and instrument versatility, may overcome in part the limitations of laparoscopic TME. The excellent results demonstrated by robotic surgery in other types of pelvic malignancies (in urology and gynecology) are expected in the treatment of rectum cancer surgery. However, still remain patients with advanced rectum cancers that can be operated correctly only by open surgery. Laparoscopy and robotics are only tools and not aims of the oncological surgery.

Key words: rectum cancer, total mesorectal excision, laparoscopy, robotic surgery

Correspondență:

Conf. Dr. Cătălin Vasilescu
Centrul de Chirurgie Generală și Transplant
Hepatic, Institutul Clinic Fundeni, București
E-mail: catvasilescu@gmail.com

Introducere

Cancerul rectal constituie o problemă de mare interes chirurgical din mai multe motive. Mai întâi pentru că este o boală frecventă, din păcate prea frecventă la noi în țară, unde depistarea endoscopică profilactică a polipilor colorectali a rămas la stadiul de deziderat.

Apoi, este o afecțiune în tratamentul căreia chirurgia ocupă un loc central. Este adevărat că radio și chimioterapia preoperatorie sunt incluse de tot mai multe centre oncologice în protocolul terapeutic; ele sunt însă urmate întotdeauna de o soluție chirurgicală.

În fine, dinamica domeniului a fost impresionantă în ultimii ani. Impactul progresului tehnologic s-a făcut simțit din plin. Anastomozele cu stapler circular, laparoscopia, chirurgia robotică, chirurgia transanală joacă actualmente un rol important, de necontestat, în tratamentul cancerelor rectale.

Excizia totală a mezorectului a constituit un progres, de această dată nu tehnologic, ci conceptual (1). Ea a plecat de la o mai bună înțelegere a anatomiei aparatului fascial al pelvisului și de la întemeierea chirurgiei cancerului rectal pe unitatea embriologică (mai mult decât anatomică) rect-mezorect (2).

Ar trebui de la bun început separată problematica laparoscopiei colonice de cea a laparoscopiei rectale. Din varii motive (numărul mare de indicații pentru afecțiuni benigne, cum sunt bolile inflamatorii sau diverticuloza, problemele tehnice mai mici care permit parcurgerea mai rapidă a curbei de învățare) chirurgia laparoscopică colonică se bucură de o mai largă acceptare. Cu laparoscopia cancerelor de rect lucrurile stau altfel (3,4).

Autorul acestor rânduri urmărește evoluția laparoscopiei rectale din 1995 (5,6).

Impresia, subiectivă desigur, a fost că, prin comparație cu alte domenii ale chirurgiei laparoscopice, laparoscopia zisă "colo-rectală" și mai ales cea a rectului, diseminează lent. Lucrul apare cu atât mai surprinzător cu cât în literatura domeniului comunicările care susțin metoda sunt extrem de numeroase și se aglomerează în ritm accelerat.

Discrepanța dintre ceea ce se comunică și ceea ce se operează a făcut demnă de interes o analiză mai atentă a fenomenului.

La ora actuală doar aproximativ 1,3 % dintre cancerele de rect sunt operate laparoscopic. Pot fi aduse numeroase explicații: *accesibilitatea* la un echipament scump este încă limitată. Chirurgia laparoscopică a rectului este, desigur, de un grad de dificultate mai ridicat decât colecistectomia sau chirurgia herniei hiatale care se operează astăzi în foarte mare proporție laparoscopic.

Au fost recunoscute și cauze subiective ale fenomenului. Un loc însemnat ocupă acele motivele așa-zis "tribale" (1), importante mai ales în țările în care chirurgia este de multă vreme divizată în subspecialități distincte: tensiunile dintre chirurgii laparoscopiști, proveniți din alte domenii ale chirurgiei generale și cei specializați în chirurgia colo-rectală, stăpâni pe problematica cancerelor rectale dar nefamiliarizați cu metodele minimal invazive. Există cu siguranță și unele motive obiective, există discrepanțe între "oferta" chirurgiei laparoscopice și "cererea" rezolvării problemelor unui pacient cu cancer de rect.

Obiectivele principale ale tratamentului chirurgical al cancerului de rect sunt prelungirea duratei de viață, scăderea riscului de apariție a recidivelor și menținerea unei calități a vieții acceptabile (mai ales conservarea pe cât posibil a

unui sfincter anal funcțional), scăderea riscului de apariție a complicațiilor funcționale (urinare și sexuale).

Până de curând laparoscopia a înregistrat succese în alte direcții: rezultate cosmetice bune, o durată de spitalizare mai scurtă. Se observă imediat că această "ofertă" nu rezolvă principalele probleme ale pacientului cu cancer rectal. Este clar că pentru un pacient cu un cancer de rect avansat ultima preocupare o constituie dimensiunea cicatricii post-operatorii! Există desigur o întreagă literatură ce susține rolul laparoscopiei în chirurgia cancerelor de rect. Se impun însă și aici câteva observații:

1. Toate aceste studii, unele de mare rigurozitate statistică, sunt studii de non-inferioritate (adică au drept obiectiv să demonstreze atingerea acelorași obiective ca și chirurgia deschisă și nicidecum să arate că ar aduce vreun plus de supraviețuire sau o scădere a ratei recidivelor;
2. Studiile sunt realizate pe pacienți selectați; principalul criteriu este cel al excluderii tumorilor avansate, cu invazia întregului perete rectal (T4).

Se conturează criteriul care va impune o nouă abordare chirurgicală a cancerului rectal – demonstrarea superiorității din punct de vedere oncologic!

Componenta actului chirurgical care pare, până la ora actuală, să aibă cel mai mare impact chiar asupra obiectivelor oncologice este chiar **excizia totală a mezorectului (TME)** (7,8). Calea de abord prin care se ating aceste obiective oncologice rămâne de importanță secundară, atâta vreme cât nu afectează corectitudinea TME.

Într-adevăr, TME i se atribuie scăderea ratei recidivelor, creșterea duratei supraviețuirii și scăderea ratei complicațiilor urinare și sexuale (1).

TME presupune o disecție precisă și înlăturarea întregului mezorect ca o unitate intactă. Prin disecția corectă a mezorectului, realizată sub control vizual, direct, se conservă nervii autonomi, se realizează o hemostază completă și se evită efracția tecii rectului ("*fascia propria recti*"). Se presupune că excizia completă a mezorectului realizează înlăturarea tuturor sateliților tumorali.

Cu realizarea TME se scade rata marginilor circumferențiale pozitive de la 25% la 7% (9).

TME nu aduce numai avantaje: ea este însoțită de o creștere a ratei fistulelor și de creșterea duratei intervențiilor chirurgicale.

Adevărata măsură a corectitudinii TME se face de către anatomo-patolog, așa cum arată și articolul lui Kiss și colab. din prezentul număr al revistei (10).

Recomandările de execuție tehnică citate mai sus "apreciate sharp dissection... under direct visualization" sugerează imediat că abordarea laparoscopică poate aduce avantaje în TME. În mod evident abordarea laparoscopică impune realizarea exclusivă instrumentală și o hemostază minuțioasă.

Trebuie însă observat că laparoscopia are și unele neajunsuri: instrumentele sunt rigide, dificil de manevrat într-un spațiu îngust, inextensibil, cu o geometrie complicată așa cum este pelvisul. Există în laparoscopia rectului dificultăți de manevrare și îndepărtare a rectului și dificultăți în realizarea

laterală și anterioară a TME. Nu este, poate, lipsit de relevanță, faptul că o atitudine critică față de abordarea laparoscopică a cancerelor de rect vine tocmai din partea grupului lui Heald, cel care a impus TME pe plan internațional. Cecil și colab. (11) menționează explicit unele avantaje ale chirurgiei deschise: *“in open surgery a good assistant is equally important to obtain a good view but the ability to retract with the addition of tactile location of the tumour has advantages over laparoscopic surgery.”*

Nu încapă îndoială că aceste dificultăți de realizarea corectă a TME au frânat diseminarea chirurgiei laparoscopice a cancerului rectal.

Și aceasta în primul rând pentru că există factori limitativi care țin de tumoră (volum mare, leziune jos situată), de pacient și de experiența echipei chirurgicale, în primul rând în laparoscopie, dar și în chirurgia rectului.

Dificultățile de abordare minimal invazivă pot fi depășite prin:

1. creșterea experienței echipei chirurgicale;
2. selecția pacienților;
3. progresul tehnologic (cel mai important fiind introducerea chirurgiei robotice).

Principalul criteriu de evaluare a unei tehnici în chirurgia rectului, fie ea realizată prin chirurgie deschisă, fie laparoscopică sau robotică, este actualmente acuratețea realizării TME.

TME laparoscopică poate fi benefică pentru pacienții selecționați, dar rămâne de valoare limitată la cei cu tumori mari, jos situate, cu obezitate și la cei cu pelvis îngust (bărbați).

Chirurgia robotică poate depăși în parte limitările TME laparoscopice prin vizibilitate și manevrabilitate crescută a instrumentelor (12-17).

Se poate aștepta să aducă aceleași beneficii pe care le aduce în abordarea altor cancer pelvine (urologice, ginecologice). Principala problemă a chirurgiei robotice o reprezintă însă costul încă foarte ridicat al echipamentului. O evaluare exactă a raportului cost/beneficiu al roboticii pentru fiecare domeniu chirurgical în parte este așteptată cu cel mai mare interes.

Nu este de acceptat ca radicalitatea intervenției chirurgicale, și în primul rând o TME adecvată, să fie puse sub semnul întrebării doar pentru ca intervenția să fie terminată laparoscopic sau robotic! Există, desigur, o curbă de învățare a chirurgiei minimal invazive a rectului ca a oricărui alt domeniu al chirurgiei. Este însă obligatoriu ca ea să fie parcursă cu maximum de rapiditate, cu minimum de complicații chirurgicale și fără afectarea ratei de recidive sau a supraviețuirii. În mâinile unui chirurg experimentat TME laparoscopică sau robotică dau fără îndoială excelente rezultate la o mare parte din pacienți.

Cu echipamentul actual, cu cazurile avansate cu care avem de-a face, vor rămâne însă în mod cert cazuri care nu pot fi tratate în mod corect din punct de vedere oncologic decât prin chirurgie deschisă.

Și nu se subliniază niciodată îndeajuns că și laparoscopia și robotica sunt mijloace, instrumente și nu scopuri în chirurgia oncologică!

Bibliografie

1. Heald RJ. A new approach to rectal cancer. *Br J Hosp Med.* 1979;22(3):277-81.
2. Vasilescu C. Thomas Ionescu versus Wildhem von Waldeyer. Rectum sheath or fascia propria recti? The story of a wandering idea. *Chirurgia (Bucur).* 2010;105(3):305-15. Romanian
3. Faiz O, Warusavitarn J, Bottle A, Tekkis PP, Darzi AW, Kennedy RH. Laparoscopically assisted vs. open elective colonic and rectal resection: a comparison of outcomes in English National Health Service Trusts between 1996 and 2006. *Dis Colon Rectum.* 2009;52(10):1695-704.
4. Alkhoury F, Martin JT, Contessa J, Zuckerman R, Nadzam G. The impact of laparoscopy on the volume of open cases in general surgery training. *J Surg Educ.* 2010;67(5):316-9.
5. Vasilescu C, Tomulescu V, Călin I, Nuraltay E. Anterior resection of the rectum via laparoscopy. *Chirurgia (Bucur).* 1998; 93(1):43-8. Romanian
6. Vasilescu C, Tomulescu V, Tonea A, Pietrăreanu D, Tulbure D, Droc G, et al. Amputation of the rectum via laparoscopy. *Chirurgia (Bucur).* 1995;44(3):55-8. Romanian
7. Copăescu C. Laparoscopic total mesorectal excision. *Chirurgia (Bucur).* 2008;103(1):87-94. Romanian
8. Popa F, Bratucu M, Radu P. Present and future tense in operable rectal cancer. *Chirurgia (Bucur).* 2011;106(1):11-6.
9. Bledy R, Garcia-Aguilar J. Surgical Treatment of Rectal Cancer. In: Beck DE, Roberts PL, Rombeau JL, Stamos MJ, Wexner SD, eds. *The ASCR Manual of Colon and Rectal Surgery.* New York: Springer; 2009. p. 571-604.
10. Kiss L, Kiss R, Porr PJ, Nica Cr, Nica C, Bardac O, et al. Pathological evidence in support of total mesorectal excision in the management of rectal cancer. *Chirurgia (Bucur).* 2011; 106(3):353-8.
11. Cecil TD, Taffinder N, Gudgeon AM. A personal view on laparoscopic rectal cancer surgery. *Colorectal Dis.* 2006;8 Suppl 3:30-2.
12. Vasilescu C, Tudor S, Popa M, Tiron A, Lupescu I. Robotic partial splenectomy for hydatid cyst of the spleen. *Langenbecks Arch Surg.* 2010;395(8):1169-74.
13. Vasilescu C, Sgarbura O, Tudor S, Herlea V, Popescu I. Robotic spleen-preserving distal pancreatectomy. A case report. *Acta Chir Belg.* 2009;109(3):396-9.
14. Vasilescu C, Anghel R. The role of robotic surgery in gynaecological oncology. *MEMO - Magazine of European Medical Oncology,* 2010;3:119-122.
15. Vasilescu C, Tudor S, Popa M, Brindusa A, Gluck G. Totally robotic total pelvic exenteration. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011; [In Press]
16. Popescu I, Vasilescu C, Tomulescu V, Vasile S, Sgarbura O. The minimally invasive approach, laparoscopic and robotic, in rectal resection for cancer. A single center experience. *Acta Chir Iugosl.* 2010;57(3):29-35.
17. Berlinger NT. Robotic surgery--squeezing into tight places. *N Engl J Med.* 2006;354(20):2099-101.