

© Сенютович Р.В., Пересунько О.П., Олійник Е.В., Унгурян В.П., Дацюк І.О.

УДК 618.146-006.6-072.1

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ (огляд зарубіжної літератури)

Р.В.Сенютович, О.П.Пересунько, Е.В.Олійник, В.П.Унгурян, І.О.Дацюк

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії (зав. – проф. Р.В.Сенютович) Буковинської державної медичної академії

Перша радикальна операція черевним доступом з приводу раку шийки матки була виконана проф. Е. Wertheim у 1898 р. За 11 років ним проведено 500 подібних втручань. Принципи операції Вертгейма залишаються незмінними. Проте в останні роки за кордоном запропоновано низку нових оперативних втручань для лікування раку шийки матки.

1. Лікування ранніх стадій раку шийки матки. За даними метааналізу, проведеного Burghardt [1], частота уражень тазових лімфатичних вузлів при різноманітних підстадіях мікрокарциноми шийки матки становить 0,3-7,8%. Сучасні рекомендації щодо вибору методу лікування раннього раку шийки матки, яких дотримується більшість західних онкологів, наведені в таблиці 1 [2].

При виборі методу операції обов'язково враховується бажання жінки зберегти репродуктивну функцію. Передумовою органозберігального лікування є можливість постійного нагляду за хворою і, безумовно, безпека втручання. Тому, наприклад, при стадії Іа₂ (глибина інвазії 3-5 мм) обов'язково проводиться лапароскопічна тазова лімфаденектомія для виключення ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Цей метод широко використовується як перший етап лікування з діагностичною метою при поширених формах раку шийки матки [3-6] і як етап комбінованої лапароскопічної трансвагінальної гістеректомії [7, 8].

Гістеректомії при ранньому раку шийки матки проводяться тільки трансвагінальним способом. Видалення яєчників при цьому не показано.

В останні роки при стадіях Іа₂ успішно застосовується трахелектомія [9], інколи разом з лапароскопічною лімфаденектомією. При цій операції видаляється верхня третина піхви, широко відсікаються кардинальні зв'язки, видаляється шийка матки до внутрішнього отвору матки. Кукса матки з'єднується з куксою піхви [8]. Результати цієї операції обнадійливі [9]. Важливо, що після неї жінка має можливість народити дитину.

У таблиці 2 наведені дані про застосування трахелектомії при ІІа стадії. Привертає увагу значна частота вагітностей після радикального лікування раку шийки матки.

2. Оперативне лікування поширених стадій раку шийки матки. Велике значення має величина пухлини і так зване співвідношення тумор/шийка. Параметральне проникнення пухлини спостерігається при співвідношенні тумор/шийка 0/20% у 4,8%, при 20/40% – 10,1% і при 40/60% – 24,2% [13]. Такі дані наводять онкологи, які вважають, що можливе зменшення об'єму видаленого параметрію (до 50%) при стадіях Іb₁ (пухлина <4 см за FIGO). Проте, за даними F.Giardi et al. [14], при стадіях Іb₁ у 44,4% виявляють метастази у лімфовузлах біля шийки, в 30,1% – біля стінок таза і в 17,5% – на бокових стінках таза.

Таблиця 1

Вибір методу лікування раннього раку шийки матки

Стадії за FIGO	Глибина інвазії	Лікування
1a ₁	0-1 мм	Конізація
1a ₁	1-3 мм (без інвазії судин)	Конізація, гістеректомія
1a ₁	1-3 мм (з інвазією судин)	Конізація, гістеректомія, тазова лімфаденектомія
1a ₂	3-5 мм	Гістеректомія, тазова лімфаденектомія Конізація і тазова лімфаденектомія

Таблиця 2

Результати трохелектомії при ранньому раку шийки матки

	J.H.Shepherd et al. [5]	M.Roy et al. [10]	A.L.Covens, P.Shaw [8]	D.Dargent et al.[11]	H. Hertel et al. [12]
Плоско-клітинний рак	Число хворих				
	8 (80%)	18 (60%)	14 (59%)	39 (83%)	11 (85%)
Аденокарцинома	2 (20%)	12 (20%)	13 (41%)	3 (6%)	2 (15%)
Інша гістологія	0	0	0	5 (11%)	0
pT _{1a1}	0	1		5	2
pT _{1a2}	0	7		13	2
pT _{1b1}	10	20		20	8
pT _{2a}	0	0		1	1
PT _{2a}		2		3	
Тривалість спостереження (міс.)	1-35	25	18	52	15
Рецидиви (n)	0	1	2	2	1
Вагітність (n)	4	6	4	13	4

На основі накопиченого досвіду в останні роки розроблена схема оперативного лікування раку шийки матки, яка стала загальноприйнятною в економічно розвинених країнах [15]. Оперативне лікування розпочинають з лапароскопічної тазової лімфаденектомії. За відсутності метастазів у тазові лімфовузли виконується радикальна гістеректомія (частіше комбінованим лапароскопічно-трансвагінальним способом) [16-20]. При наявності метастазів у тазові лімфатичні вузли виконується парааортальна лімфаденектомія. За відсутності метастазування в ці

вузли хвора одержує доопераційну променеву терапію (ДГТ 45 Гр), після чого виконується радикальна операція. У післяопераційному періоді хвора продовжує одержувати променеву терапію до 60-70 Гр. Перевагою цієї схеми є чітке визначення груп хворих, які повинні одержати доопераційну променеву терапію. Наводимо алгоритм сучасного лікування поширеного раку шийки матки (Ib-IIa-IIb) [15].

Нині при проведенні лапароскопічної лімфаденектомії реалізується концепція сторожової лімфаденектомії, суть якої полягає в негайному гістологічному до-

Алгоритм лікування раку шийки матки ст. I b – II a – III b за [11]



Таблиця 3

Результати виявлення сторожових вузлів при раку шийки матки

Автор	Рік	% виявлення сторожових вузлів	Чутливість негативного маркера (%)	Метод детекції вузлів
J.D.O'Boyle et al. [21]	2000	20	60	Lymphazurin 4 мл
D.Dargent et al. [11]	2000	26	77	Patentblau 2 мл
D.Dargent et al. [22]	2000	35	89	Patentblau 2 мл
C.Levenback et al. [23]	2001	30	100	Tc і синька
R.P.Edwards et al. [24]	2001	13	100	Tc

слідженні першого етапу дренажних вузлів. За відсутності метастазів у сторожовому вузлі лімфаденектомію не проводять. Як показали дослідження (табл. 3), метод сторожової лімфаденектомії не надійний.

Висновок. Наведені матеріали свідчать про широке використання лапароскопічної лімфаденектомії і лапароскопічно асистованих вагінальних гістеректомій при лікуванні раку шийки матки в економічно розвинених країнах Заходу.

Література

1. Burghardt E. *Surgical Gynecologic Oncology*. – Stuttgart - New-York, 1991. – 450 p.
2. Winter R., Pickel H., Kapp K. *Präneoplasien und Neoplasien der Cervix uteri. Spezielle gynäkologische Onkologie*. – München-Jena: Urban und Fischer, 2001. – 258 s.
3. Goff B.A., Muntz H.G., Paley P.J. et al. *Impact of Surgical Staging in Women with Locally Advanced Cervical Cancer* // *Gynecol. Oncol.* – 1999. – V. 74. – P. 436-442.
4. Plante M., Roy M. *Operative laparoscopy prior to a pelvic exenteration in patients with recurrent cervical cancer* // *Gynecol. Oncol.* – 1998. – V. 69. – P. 94-99.
5. Shepherd J.H., Crawford R.A.F., Oram D.H. *Radical trachelectomy: a way to preserve fertility in the treatment of early cervical cancer* // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 1998. – V. 105. – P. 912-916.
6. Vidaurreta J. *Laparoscopic staging in locally advanced cervical carcinoma: A new possible philosophy?* // *Gynecol. Oncol.* – 1997. – V. 71. – P. 366-371.
7. Altgassen C., Possover M., Krause N. et al. *Establishing a new technique of laparoscopic pelvic and paraaortic lymphadenectomy* // *Obstet. Gynecol.* – 2000. – V. 95. – P. 348-352.
8. Covens A.L., Shaw P. *Is radical trachelectomy a safe alternative to radical hysterectomy for early stage Ib carcinoma of the cervix?* // *Gynecol. Oncol.* – 1999. – V. 72. – P. 443-527.
9. Possover M., Krause N., Plaul K. et al. *Laparoscopic para-aortic and pelvic lymphadenectomy: experience with 150 patients and review of the literature* // *Gynecol. Oncol.* – 1998. – V. 71. – P. 19-28.
10. Roy M., Plante M., Renaud M.C., Tetu B. *Vaginal radical hysterectomy versus abdominal radical hysterectomy in the treatment of early-stage cervical cancer* // *Gynecol. Oncol.* – 1996. – V. 62. – P. 336-339.
11. Dargent D., Ansquer Y., Mathevet P. *Technical development and results of left extraperitoneal laparoscopic paraaortic lymphadenectomy for cervical cancer* // *Gynecol. Oncol.* – 2000. – V. 77. – P. 87-92.
12. Hertel H., Possover M., Krause N. et al. *Fertilität nach radikaler Trachelektomie bei Patientinnen mit frühem Zervixkarzinom* // *Geburtsh. Frauenheilkd.* – 2001. – V. 61. – P. 117-129.
13. Burghardt E., Pickel H., Girardi F. *Colposcopy, cervical pathology, textbook and atlas*. – Stuttgart: Thieme, 1998. – 412 p.
14. Giardi F., Lichtenegger W., Tamussino K., Haas J. *The importance of parametrial lymph nodes in the treatment of cervical cancer* // *Gynecol. Oncol.* – 1989. – V. 34. – P. 206-211.
15. Friedberg V., Beck T.H. *Ergebnisse operativer Therapie des Zervixkarzinoms im Stadium IIb* // *Geburtsh. Frauenheilkd.* – 1989. – V. 9. – P. 782-786.
16. Childers J.M., Hatch K., Surwit E.A. *The role of laparoscopic lymphadenectomy in the management of cervical carcinoma* // *Gynecol. Oncol.* – 1992. – V. 47. – P. 38-43.
17. Fowler J.M., Carter J.R., Carlson J.W. et al. *Lymph node yield from laparoscopic lymphadenectomy in cervical cancer: a comparative study* // *Gynecol. Oncol.* – 1993. – V. 51. – P. 187-192.
18. Nezhat C.R., Burrell M.O., Nezhat F.R. et al. *Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic nodal dissection* // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1992. – V. 166. – P. 864-865.
19. Querleu D. *Laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy* // *Gynecol. Oncol.* – 1993. – V. 51. – P. 248-254.
20. Reich H., McGlynn F., Wilkie W. *Laparoscopic management of stage I ovarian cancer* // *J. Reprod. Med.* – 1990. – V. 35. – P. 601-605.
21. O'Boyle J.D., Coleman R.L., Bernstein S.G. et al. *Intraoperative lymphatic mapping in cervix cancer patients undergoing radical hysterectomy: A pilot study* // *Gynecol. Oncol.* – 2000. – V. 79. – P. 238-243.
22. Dargent D., Martin X., Mathevet P. *Laparoscopic assessment of the sentinel lymph node in early stage cervical cancer* // *Gynecol. Oncol.* – 2000. – V. 79. – P. 411-415.
23. Levenback C., Coleman R., Burke T.W. et al. *Lymphatic mapping and sentinel node identification in patients undergoing radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy* // *SGO.* – 2001. – V. 27. – P. 58-59.
24. Edwards R.P., Comerci J.T., Kanbourshakir A. et al. *Identification of the sentinel node in cervix cancer* // *SGO.* – 2001. – V. 119. – P. 90-91.

THE ROLE OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF CERVICAL CARCINOMA (A REVIEW OF FOREIGN LITERATURE)

R.V.Seniutovych, O.P.Peresun'ko, E.V.Oliinyk, V.P.Ungurian, I.O.Datsiuk

Abstract. Modern data about the role of laparoscopic surgery in the treatment of cervical carcinoma are presented in the research.

Key words: laparoscopic surgery, cancer, cervix.

Резюме. В роботі представлені сучасні дані про роль лапароскопічної хірургії в лікуванні цервікальних карцином.

Ключові слова: лапароскопічна хірургія, рак, шийка.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла 09.11.2002 р.