er ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΕΛΛ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Λ΄ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ 27-28 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2009

Τρίτη 28 Απριλίου

Θέμα 4ο (19:00-20:45)

«Λαπαροσκοπική Χειρουργική παθήσεων στομάχου»

Συντονιστής: Β. Λαοπόδης

**Εισηγητής: Δρ Εμμανουήλ Κρητικός, Επιμελητής Α΄ Ν.Ε.Ε.Σ**

**«Η θέση της λαπαροσκοπικής χειρουργικής στον καρκίνο του στομάχου»**

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας, είναι μία ειδική αρχή του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, η οποία δημοσιεύει κλινικές εκτιμήσεις γύρω από το ερώτημα, εάν ορισμένες θεραπείες ή θεραπευτικές πρακτικές μπορούν και πρέπει να θεωρούνται χρήσιμες στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι εκτιμήσεις αυτές βασίζονται κυρίως στην σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Το προηγούμενο έτος (2008), το Ινστιτούτο αυτό δημοσίευσε μία γενική επισκόπηση (overview) με αντικείμενο την λαπαροσκοπική γαστρεκτομή για καρκίνο, προς βοήθεια των μελών της Συμβουλευτικής Επιτροπής Επεμβατικών Μεθόδων (ICAP), προκειμένου αυτή να προβεί σε συστάσεις γύρω από την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα αυτής της επεμβάσεως. Η επισκόπηση αυτή βασίστηκε σε μία σύντομη ανασκόπηση της ιατρικής βιβλιογραφίας, καθώς και στην προσωπική γνώμη διαφόρων ειδικών. Δεν περιέχει κατευθυντήριες γραμμές και βεβαίως δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως οριστική αποτίμηση της μεθόδου. Η παρούσα εισήγηση βασίσθηκε εν πολλοίς στην επισκόπηση αυτή, καθώς και σε άλλη, παρατιθέμενη βιβλιογραφία.

Ο όρος γαστρικός καρκίνος αναφέρεται κατά κύριο λόγο στο αδενοκαρκίνωμα του στομάχου (95% των περιπτώσεων γαστρικού καρκίνου), το οποίο εξορμάται από το αδενικό επιθήλιο του στομάχου και σε άλλες μορφές, όπως είναι το λειομυοσάρκωμα, το λέμφωμα, και οι καρκινοειδείς όγκοι. Η κακοήθης αναιμία, η ατροφική γαστρίτις και το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού θεωρούνται προδιαθεσιακοί παράγοντες για την ανάπτυξη γαστρικού καρκίνου, καθώς και ο οισοφάγος Barrett, για τον καρκίνο της γαστρο-οισοφαγικής συμβολής.

Η θεραπεία του γαστρικού καρκίνου (πλην ίσως του λεμφώματος) είναι πάντοτε χειρουργική, εφ’ όσον βέβαια ο όγκος είναι εξαιρέσιμος. Η εγχείρηση που γίνεται στις περιπτώσεις αυτές είναι η γαστρεκτομή, είτε η λαπαροσκοπική, είτε η ανοικτή (ή *λαπαροτομική*) γαστρεκτομή. Κατά την εγχείρηση της γαστρεκτομής, παρασκευάζεται ο στόμαχος κατά μήκος του μείζονος και του ελάσσονος τόξου και αφαιρείται το πάσχον τμήμα, σε ασφαλή ογκολογικά όρια, με συναφαίρεση των λεμφαδένων της πάσχουσας περιοχής. Η συνηθέστερη γαστρεκτομή είναι ή υφολική, κατά την οποία αφαιρείται το 70% περίπου του στομάχου, σε περιφερικές εντοπίσεις όμως του όγκου, μπορεί να αφαιρεθεί μόνο το 50% του στομάχου. Το εναπομένον τμήμα αναστομώνεται με έλικα νήστιδας (Billroth II) ή –σπανιότερα- με το δωδεκαδάκτυλο (Bilolroth I). Σε όγκους που εντοπίζονται εγγύς στο σώμα ή στον θόλο του στομάχου ή πλησίον της καρδιο-οισοφαγικής συμβολής, εκτελείται ολική γαστρεκτομή και οισοφαγο-νηστιδική αναστόμωση. Η λαπαροσκοπική γαστρεκτομή γίνεται με δύο τρόπους: είτε εξ ολοκλήρου λαπαροσκοπικά, είτε με την βοήθεια του χεριού, το οποίο εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα δια μιας μικρής τομής, με την βοήθεια ειδικού εξαρτήματος, που μοιάζει με γάντι και αποτρέπει την διαφυγή του διοξειδίου του άνθρακος, ώστε να διατηρείται το πνευμοπεριτόναιο. Η τελευταία μέθοδος λέγεται “λαπαροσκοπική υποβοηθούμενη γαστρεκτομή” (Laparoscopy Assisted Gastrectomy ή Hand Assisted Laparoscopic Gastrectomy). Στην πράξη, η περισσότερες λαπαροσκοπικές επεμβάσεις για καρκίνο στομάχου γίνονται με τον τρόπο αυτό.

Τα βασικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν είναι τρία: Το πρώτο ερώτημα που τίθεται είναι, εάν η λαπαροσκοπική γαστρεκτομή είναι τεχνικώς εφικτή, το δεύτερο ερώτημα είναι εάν η επέμβαση είναι αποτελεσματική και το τρίτο ερώτημα αφορά στην ασφάλεια της λαπαροσκοπικής γαστρεκτομής.

Αναφορικά στο πρώτο ερώτημα, κατά την τελευταία δεκαετία, η ιατρική κοινότητα έγινε θιασώτης ενός αγώνα δρόμου, για την πραγματοποίηση όλο και περισσοτέρων χειρουργικών επεμβάσεων με την λαπαροσκοπική μέθοδο, με διάσημους μάλιστα χειρουργούς να διεκδικούν την πρωτοπορία. Ακόμη και η εγχείρηση Whipple, που θεωρείται ως η μεγαλύτερη εγχείρηση της γαστρεντερικής χειρουργικής γίνεται λαπαροσκοπικά ( Gagnier, 1997). Μπορούμε να πούμε ότι δεν υπάρχει σχεδόν καμία επέμβαση πλέον, που να μην είναι εφικτή λαπαροσκοπικά.

Εκείνο που πρέπει να τονισθεί όμως, είναι ότι στην συγκεκριμένη επέμβαση της λαπαροσκοπικής γαστρεκτομής, όπως και σε κάθε άλλη τεχνικά απαιτητική χειρουργική επέμβαση, πρέπει να προϋπάρχει η ανάλογη εκπαίδευση, να μην γίνεται δηλαδή εξαρχής πειραματικά, χωρίς την ελαχίστη απαραίτητη εμπειρία και την βοήθεια πεπειραμένου βοηθού. Ακόμη και αυτοί οι πρωτοπόροι στις προχωρημένες λαπαροσκοπικές επεμβάσεις αφιέρωσαν ατελείωτες ώρες προσωπικής εκπαιδεύσεως σε προσομοιωτές και πειραματόζωα, πριν να κάνουν το πρώτο βήμα στον άνθρωπο. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει όλος ο απαραίτητος εξοπλισμός και οι κατάλληλες συνθήκες χειρουργείου.

Όσον αφορά στο θέμα της αποτελεσματικότητας, αυτή πρέπει να σταθμισθεί κυρίως ως προς την επάρκεια αυτής, από ογκολογικής απόψεως, δείκτες της οποίας είναι, κατά κάποιον τρόπο, τα ικανοποιητικά χειρουργικά όρια και ο αριθμός των συναφαιρεθέντων λεμφαδένων. Εφ’ όσον βέβαια η λαπαροσκοπική γαστρεκτομή για καρκίνο είναι ογκολογικώς επαρκής, τότε και η 5-ετής επιβίωση και η ελευθέρα νόσου 5-ετής επιβίωση αναμένονται στα ανάλογα ικανοποιητικά επίπεδα, σε σύγκριση με την ανοικτή επέμβαση. Η νοσηρότητα και η περιεγχειρητική θνητότητα 30 ημερών είναι ένας επιπλέον παράγοντας που αφορά στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου, αλλά άπτεται και στο σκέλος της ασφάλειας της επεμβάσεως αυτής.

Πράγματι, σε μία σειρά 1294 ασθενών, στα πλαίσια πολυκεντρικής μελέτης από την Ιαπωνία (Kitano 2007) έγινε ολική γαστρεκτομή στο 4,3% των ασθενών, εγγύς γαστρεκτομή στο 4,2% και περιφερική γαστρεκτομή στο 91,5%. Επρόκειτο για ασθενείς με πρώιμο γαστρικό καρκίνο, μία νοσολογική οντότητα που ενδημεί στην άπω ανατολή και με την διάδοση της προληπτικής γαστροσκοπήσεως η διάγνωση στο στάδιο αυτό είναι συχνή. Στην πολυκεντρική αυτή μελέτη, η θνητότητα που καταγράφηκε ήταν μηδενική, η δε νοσηρότητα ήταν κατά μέσο όρο 14,8% και αφορούσε σε όλο το φάσμα των επιπλοκών της γαστρεκτομής (διαφυγές, στενώσεις, αποστήματα, διαπυήσεις κλπ). Στην πολυκεντρική αυτή μελέτη, το ποσοστό υποτροπής της νόσου ήταν μόλις 0,6% (6/1294). Βέβαια, χάρις στο προληπτικό σύστημα των Ιαπώνων, στο 99,8% των περιπτώσεων αυτών ο καρκίνος ήταν σταδίου ΙΑ (κατά UICC), το 98,7% σταδίου ΙΒ και το 85,7% σταδίου ΙΙ.

Ο συχνότερος γαστρικός καρκίνος που αντιμετωπίζεται χειρουργικά με πιθανότητα ιάσεως >90% είναι ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος, η δε λαπαροσκοπική γαστρεκτομή εφαρμόζεται κυρίως στις περιπτώσεις αυτές. Σε προχωρημένο γαστρικό καρκίνο, η 5-ετής επιβίωση σε 100 ασθενείς ήταν 59% και η 5-ετής ελευθέρας νόσου επιβίωση 57% . Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, στην οποία συγκρίνεται η αποτελεσματικότητα της λαπαροσκοπικής γαστρεκτομής σε σύγκριση με την ανοικτή επέμβαση για πρώιμο γαστρικό καρκίνο, η ύπαρξη ή όχι διηθημένων λεμφαδένων (Ν+) είναι ο μόνος στατιστικώς σημαντικός παράγοντας υποτροπής της νόσου (Adachi 2000). Σε άλλη μελέτη πάλι, ο συνολικός αριθμός των αφαιρεθέντων λεμφαδένων κατά μήκος του μείζονος τόξου του στομάχου, της κοιλιακής αρτηρίας (Αλληρείου τρίποδα) και της σπληνικής αρτηρίας στις επεμβάσεις των λαπαροσκοπικών υποβοηθουμένων γαστρεκτομών, ήταν σημαντικά μικρότερος από τον αριθμό των λεμφαδένων απ’ ότι στις ανοικτές γαστρεκτομές (Miura 2004). Σε μετα-ανάλυση 837 περιπτώσεων λαπαροσκοπικής υποβοηθουμένης γαστρεκτομής, επί συνόλου 1611 περιπτώσεων ο αριθμός των συναφαιρεθέντων λεμφαδένων ήταν μικρότερος (-4.35 μετρούμενη διαφορά κατά βάρος) με p<0.001 (Hosono 2006). Oι επιπλοκές όμως ήταν λιγότερες (11% ή 58/535) απ’ότι στην ομάδα της ανοικτής γαστρεκτομής (18% ή 97/519) με p<0.001. Όσον αφορά δε στον μετεγχειρητικό ειλεό, ο Kitano αναφέρει ποσοστό <1% ή 3/1294. Στην ίδια πολυκεντρική μελέτη, αναφέρεται μία περίπτωση διατρήσεως (1/1294). Συνήθεις μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι οι λοιμώξεις αναπνευστικού. Σε μία άλλη μελέτη (Ziqiang 2006) αναφέρεται σαφώς μειωμένο ποσοστό μετεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων στους ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική υποβοηθούμενη γαστρεκτομή (2% ή 1/44) σε σχέση με τους υποβαλλόμενους σε ανοικτή επέμβαση (10% ή 6/58), αλλά η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική (p<0.11). Η μετεγχειρητική αιμορραγία κυμαίνεται από <1% ή 1/586 (Tanimura 2008), σε1% ή 14/1294 (Kitano 2007)και έως 2% ή 1/44 (Ziqiang 2006).

Η μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση κυμαίνεται ως εξής: 14/1294 στην προαναφερθείσα πολυκεντρική μελέτη του Kisano και σε άλλες μελέτες, 1/44 και 3/100. Η παραμονή στο νοσοκομείο ήταν <5,5 ημέρες, σε άλλη μελέτη δε 111 ασθενών υποβληθέντων σε λαπαροσκοπική υποβοηθούμενη γαστρεκτομή ήταν 14,6 ημέρες, με μέση απώλεια αίματος 146ml (Sakuramoto 2006). Ο εγχειρητικός χρόνος της επεμβάσεως ήταν 54,3 λεπτά της ώρας μεγαλύτερος της ανοικτής γαστρεκτομής (p<0.001) και αντίστοιχα, ο χρόνος της ανοικτής επεμβάσεως ήταν 55 λεπτά της ώρας βραχύτερος (p<0.006). Δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην θνητότητα, στην διαφυγή από την αναστόμωση, στην στένωση της αναστομώσεως και στην λοίμωξη του τραύματος.

Εφ’ όσον, όπως αναφέρθηκε, η ύπαρξη θετικών λεμφαδένων σχετίζεται με την πρόγνωση του πρωίμου γαστρικού καρκίνου, η ιδέα της ανιχνεύσεως του λεμφαδένα-φρουρού έχει αξία, υπό την έννοια ότι θα μπορούσαν να αποφευχθούν εκτεταμένες επεμβάσεις, με τα ίδια ενδεχομένως αποτελέσματα περισσότερο συντηρητικών εκτομών. Σε πρόσφατη μελέτη, η χαρτογράφηση έγινε με την ενδοσκοπική υποβλεννογόνια έγχυση 2ml χρωστικής patent blue 2% (Orsenigo 2008). Ανευρέθηκαν στα χειρουργικά παρασκευάσματα θετικοί λεμφαδένες σε 14 περιπτώσεις από τους 34 ασθενείς της μελέτης (41%). Η αναγνώριση του λεμφαδένα-φρουρού έγινε σε 27/34 περιπτώσεις (80%). Αφαιρέθηκαν κατά περίπτωση 16-44 λεμφαδένες (31±10). Ο αριθμός των χρωματισμένων λεμφαδένων ήταν 1-4 (κατά μέσο όρο 1,5). Από τους 14 Ν+ ασθενείς των οποίων τα χειρουργικά παρασκευάσματα είχαν διηθημένους λεμφαδένες, οι 5 είχαν έστω και ένα αναγνωρίσιμο λεμφαδένα-φρουρό. Από τα ανωτέρω συμπεραίνεται ότι η ευαισθησία της μεθόδου ήταν 36% και η ακρίβεια της μεθόδου 74%. Η πολυπλοκότητα του λεμφαγγειακού δικτύου όμως και το γεγονός των μεταστάσεων κατ’ άλματα (skip metastasis) μειώνει την αξία της μεθόδου.

Η κριτική που γίνεται στις μελέτες των Ιαπώνων είναι στο ότι αφορούν συγκεκριμένη νόσο (συνήθως πρώιμο γαστρικό καρκίνο), συγκεκριμένου πληθυσμού με ιδιαίτερα γονιδιακά χαρακτηριστικά, που αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερο τρόπο, κυρίως λόγω της μεγάλης εμπειρίας των Ιαπώνων χειρουργών λόγω του μεγάλου αριθμού των περιστατικών. Σε αντίστοιχη μελέτη (προοπτική τυχαιοποιημένη μάλιστα) με μη Ιάπωνες ασθενείς (Huscher 2005), έγινε σύγκριση 29 ανοικτών υφολικών γαστρεκτομών για περιφερικό αδενοκαρκίνωμα στομάχου, έναντι 30 λαπαροσκοπικών περιφερικών (distal) γαστρεκτομών, για την ίδια νόσο. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια όσον αφορά στην νοσηρότητα, στην θνητότητα, στον αριθμό των εξαιρεθέντων λεμφαδένων και στην επιβίωση. Σε άλλη μελέτη, πολυκεντρική τυχαιοποιημένη, έγινε σύγκριση 179 περιπτώσεων λαπαροσκοπικά υποβοηθουμένης γαστρεκτομής με 163 περιπτώσεις ανοικτής γαστρεκτομής (Kim 2008). Oι μετεγχειρητικές επιπλοκές ήταν 10,5% έναντι 14,7% της ανοικτής επεμβάσεως (p<0137), οι επανεγχειρήσεις 3 έναντι επίσης 3 και η μετεγχειρητική θνητότητα 1,1% (2/179) έναντι 0% (0/163) της ομάδας των ασθενών της ανοικτής γαστρεκτομής. Συμπερασματικά, δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, όσο αφορά στην νοσηρότητα και στην θνητότητα.

Τέλος, επανερχόμενοι στην Ιαπωνική πρακτική, σε πρόσφατη μελέτη 188 ασθενών με πρώιμο γαστρικό καρκίνο, 87 υποβλήθηκα σε λαπαροσκοπική υποβοηθούμενη γαστρεκτομή και 101 σε κλασσική ανοικτή γαστρεκτομή. Από κάθε ομάδα, επιλέγησαν 82 ασθενείς, οι οποίοι δεν εμφάνισαν μετεγχειρητικές επιπλοκές. Στους ασθενείς αυτούς (82+82) έγινε στενή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και εξέταση διαφόρων αιματολογικών παραμέτρων (αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα, CRP κλπ) την 1η, 4η, 7η και 10η μετεγχειρητική ημέρα. Εν κατακλείδι, στην ομάδα της λαπαροσκοπικής υποβοηθουμένης γαστρεκτομής παρατηρήθηκαν λιγότερες διαταραχές, μικρότερη απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές και γρηγορότερη ομαλοποίηση των διαφόρων παραμέτρων φλεγμονής.

Μία αναδυόμενη ένδειξη ολικής λαπαροσκοπικής γαστρεκτομής είναι ο κίνδυνος αναπτύξεως οικογενούς διαχύτου γαστρικού καρκίνου στους φέροντες του αυτοσωματικό επικρατούν γονίδιο CDH1 (E-cathedrin). Ο κίνδυνος αυτός είναι περί το 70% (60-80%). Η ολική γαστρεκτομή προφυλάσσει τα άτομα αυτά, κατά τον ίδιο τρόπο που η προφυλακτική ολική κολεκτομή προφυλάσσει τα άτομα με οικογενή πολυποδίαση από την βέβαιη ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η λαπαροσκοπική γαστρεκτομή είναι ασφαλής και αποτελεσματική, είναι επέμβαση «φιλική» προς τον ασθενή, υπό την έννοια ότι ο υποβαλλόμενος σε αυτήν έχει βραχυπρόθεσμα καλύτερη ποιότητα ζωής. Η επέμβαση αυτή πρέπει να γίνεται σε κέντρα αυξημένης εμπειρίας, από χειρουργούς που έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και εργάζονται σε τέτοια κέντρα, ώστε να αντιμετωπίζουν ικανό αριθμό περιστατικών, τέτοιο που να τους επιτρέπει να διατηρούν και να επαυξάνουν την εμπειρία τους και την αποτελεσματικότητά τους προς όφελος των ασθενών.-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kitano S, et al: A Multicenter Study on Oncologic Outcome of Laparoscopic Gastrectomy for Early Cancer in Japan

Ann Surg. 2007 January; 245(1): 68–72

1. Adachi Y et al: Lap- assisted BII gastrectomy compared with conventional open gastrectomy.

Arch Surg 2000;135:806-810

1. Miura S et al: LADG with lymph node dissection: a critical reappraisal from the viewpoint of lymph node retrieval.

J am Coll Surg 2004;198:933-938

1. Hosono S et al: Meta-analysis of short-term outcomes after laparoscopic-assisted distal gastrectomy.

World Journal of Gastroenterology (2006); 2: 7676-7683

1. Sakuramoto S et al: LADG for EGC: experience of 111 consecutive patients

Surg Endoscopy (2006);20: 55-60

1. Ziqiang W et al: Comparison of LADG and radical distal gastrectomy

with extended lymphadenectomy for gastric cancer management.

Surg Endoscopy (2006); 20:1738-1743

1. Tanimura S et al: Intracorporeal Billroth I Reconstruction by Triagulating

stapling technique after laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer.

Surg Laparoscopic Endoscopy and percutaneous techniques (2008)18:54-58

1. Orsenigo F, et al: Sentinel node mapping during laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer.

J Gastointest Surg 2008 june;12(6):1015-21

1. Huscher CG et al:Lararoscopic VS open subtotal gastrectomy distal gastric cancer: five –year results of a randomized prospective trial.

Ann Surg 2005 Feb;241(2):232-7

1. H Kim et al:Comparison of laparoscopic vs open gastrectomy for and mortality.

J Clin Oncol 26:2008

1. Kawamura H et al: Laparoscopic gastrectomy for early gastric cancer

targeting αs a less invasive procedure.

Surg Endosc 2008 Jan;22(1):81-5

1. Norton JA, Ham CM, Van Dam J, et al. CDH1 truncating mutations

in the E-cadherin gene: an indication for total gastrectomy to treat

hereditary diffuse gastric cancer.

Ann Surg 2007; 245:873–9.

1. Henry T. Lynch: Hereditary diffuse gastric cancer: diagnosis, genetic counseling, and prophylactic total gastrectomy

[Cancer. 2008 June 15; 112(12): 2655–2663.](http://www.pubmedcentral.nih.gov/redirect3.cgi?&&auth=0HW1lFZkjAe7LVCYHTE_jXoPwNADnzRBOpG5UOQlD&reftype=publisher&artid=2629639&article-id=2629639&iid=175780&issue-id=175780&jid=319&journal-id=319&FROM=Article%7CFront%20Matter&TO=Content%20Provider%7CArticle%7CRestricted%20Access&rendering-type=normal&&http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=18442100)

**EΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ**

Α. ‘Όλα τα παρακάτω είναι σωστά, ΕΚΤΟΣ απο:

1. Στο 70% των περιπτώσεων καρκίνου του στομάχου πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα
2. Η θεραπεία του αδενοκαρκινώματος του στομάχου είναι πάντοτε χειρουργική
3. Στους όγκους του θόλου του στομάχου γίνεται ολική γαστρεκτομή
4. Κατά την λαπαροσκοπική υποβοηθούμενη γαστρεκτομή, το χέρι του χειρουργού εισέρχεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Σωστή απάντηση: 1

Β. Από τα παρακάτω, ένα μόνο είναι σωστό:

1. Η λαπαροσκοπική γαστρεκτομή για καρκίνο είναι σχετικά εύκολη επέμβαση
2. Η λεμφαδενική διήθηση είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας υποτροπής του πρώιμου γαστρικού καρκίνου.
3. Η πιθανότητα ιάσεως του πρωίμου γαστρικού καρκίνου είναι 65%
4. Η ανεύρεση μη διηθημένου λεμφαδένα φρουρού, αποκλείει την ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων

Σωστή απάντηση: 2

Γ. Όλα τα παρακάτω είναι σωστά, ΕΚΤΟΣ από :

1. Η λαπαροσκοπική γαστρεκτομή επιβαρύνει τον άρρωστο λιγότερο, αλλά οι λοιμώξεις του αναπνευστικού είναι περισσότερες, λόγω της πιέσεως που ασκεί το πνευμοπεριτόναιο.
2. Ο κίνδυνος αναπτύξεως οικογενούς διαχύτου γαστρικού καρκίνου στους φέροντες το υπεύθυνο γονίδιο, είναι 70%.
3. Οι περισσότερες επεμβάσεις λαπαροσκοπικής γαστρεκτομής γίνονται για την θεραπεία του πρωίμου γαστρικού καρκίνου
4. Ο αριθμός των συναφαιρουμένων λεμφαδένων αποτελεί μέτρο της αποτελεσματικότητας της λαπαροσκοπικής γαστρεκτομής

Σωστή απάντηση: 1