Λεμφαδενικός καθαρισμός στη αριστερά κολεκτομή και τη χαμηλή πρόσθια εκτομή.

Κωνσταντίνος Μ. Στάμου, MD, PhD

Γενικός Χειρουργός – Χειρουργός Παχέος Εντέρου

[cstamou@hotmail.com](mailto:cstamou@hotmail.com)

Λυκείου 15 & Ρηγίλλης

Ο επαρκής λεμφαδενικός καθαρισμός στη χειρουργική του καρκίνου του πεπτικού συστήματος αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα πρόγνωσης της νόσου. Αυτό έχει καταστεί σαφές από μεγάλες κλινικές μελέτες χωρίς όμως να είναι αντίστοιχα σαφές αν το όφελος οφείλεται σε εξαίρεση επιπλέον φορτίου νόσου, καλύτερη σταδιοποίηση των ασθενών ή καλύτερη χειρουργική πράξη συνολικά. Φαίνεται λοιπόν ότι η χειρουργική του κακρκίνου του πεπτικού είναι κατά βάση χειρουργική των λεμφαγγείων της αποχετευτικής οδού της πρωτοπαθούς εστίας (όπως αρκετά νωρίς παρατήρησε ο Sir Berkeley Moynihan.

Ειδικά στον ορθοκολικό καρκίνο, η επαρκής λεμφαδενεκτομή είναι σαφώς συνδεδεμένη εκτός από την “ακριβέστερη πρόγνωση” και με “καλύτερη πρόγνωση”. Το πρώτο θέμα που προκύπτει φυσικά είναι ο καθορισμός της “επαρκούς λεμφαδενεκτομής”. Η επάρκεια της πράξης πρέπει να αφορά τον αριθμό των εξαιρεθέντων λεμφαδένων αλλά και προφανώς την ορθή ανατομική τους προέλευση. Κατά σύμβαση, η AJCC και η UICC, στις οδηγίες σταδιοποίησης με το σύστημα ΤΝΜ, ορίζουν ως ελάχιστο επαρκή αριθμό εξαιρεθέντων λεμφαδένων ανά ανατομική κολεκτομή τον αριθμό 12. Δυστυχώς ο αριθμός αυτός αποδεικνύεται ταυτόχρονα ανεπαρκής αλλά και συνήθως ανέφικτος. Ο αριθμός είναι ανεπαρκής διότι μετά από αρκετά πολύπλοκες μαθηματικές αναλύσεις από τους Joseph NE, et al. (Annals of Surgical Oncology, 10(3):213–218), απαιτούνται τουλάχιστον 40 λεμφαδένες ώστε η σταδιοποίηση να έχει 85% πιθανότητες να είναι σωστή. Ο αριθμός είναι επίσης πρακτικά ανέφικτος διότι επί 82,896 ασθενών του SEER Registry, μόνο το 26% των δειγμάτων είχαν καταμετρημένους 12 ή περισσότερους λεμφαδένες.

Αποτέλεσμα των παραπάνω μάλλον απογοητευτικών δειγμάτων είναι ότι: Κατά τεκμήριο, υποσταδιοποιούμε τους ασθενείς μας με αποτέλεσμα κάποια στάδια III να εκλαμβάνονται ως στάδιο II και έτσι αφ΄ενός η αληθινή πρόγνωση να είναι χειρότερη, να καταλείπεται υπολλειματική νόσος, να προσφέρονται ανακριβή στοιχεία σε κλινικές μελέτες και βέβαια ασθενείς με ένδειξη να μην λαμβάνουν συμπληρωματική θεραπεία.

Οι αιτίες που ο αριθμός 12 δεν συμπληρώνεται αρκετά συχνά μπορεί να είναι μία η περισσότερες από τις παρακάτω:

* Ανεπαρκής χειρουργικός καθαρισμός με ευθύνη του χειρουργού
* Ανεπαρκής χειρουργικός καθαρισμός λόγω ιδιαίτερα κακών τοπικών συνθηκών (παχυσαρκία, επείγον χειρουργείο, κακή κατάσταση ασθενούς
* Ανεπαρκής φροντίδα του παρασκευάσματος από τον παθολογοανατόμο
* Μικρός αριθμός λεμφαδένων στον συγκεκριμένο ασθενή

Σε περίπτωση που στην έκθεση του παθολογονατόμου ο αριθμός είναι μικρότερος από 12, πρέπει το παρασκεύασμα να ερευνηθεί ξανά. Τότε, έχει βρεθεί ότι ο αριθμός μετά από δεύτερο έλεγχο αυξάνεται κατά 60%. Αν και μετά από δεύτερο έλεγχο ο αριθμός είναι μικρότερος από 12, τότε η σταδιοποίηση χαρακτηρίζεται ως Νx και γράφεται με σαφήνεια στην έκθεση ότι έγινε διπλή έρευνα. Εκτός του απόλυτου αριθμού των θετικών λεμφαδένων, ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας φαίνεται να είναι η λόγος των θετικών προς το σύνολο των λεφαδένων.

Πέραν του αριθμού φυσικά ιδιαίτερα σημασία έχει η ανατομική εντόπιση των λεμφαδένων με έμφαση στη συγκομιδή των κορυφαίων λεμφαδένων. Εδώ ξεκινά η παλαιά υπόθεση του ενδεδειγμένου ύψους της απολίνωσης του τροφοφόρου αγγείου. Οι τρέχουσες κατευθυντήριες γραμμές για την αριστερά κολεκτομή αναφέρουν ότι πρέπει να απολινώνεται η “έκφυση του βασικού τροφοφόρου αγγείου” το οποίο προφανώς είναι η κάτω μεσεντέριος αρτηρία (IMA). Η απολίνωση λοιπόν του αγγείου πρέπει να γίνεται αρκετά κοντά στην κοιλιακή αορτή. Σε πολλαπλές μελέτες, δεν έχει αποδειχθεί με σαφήνεια ότι η τεχνική του “high tie” έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα. Όμως δεδομένου ότι όσοι περισσότεροι λεμφαδένες αφαιρούνται τόσο καλύτερη η πρόγνωση, δεν υπάρχουν άλλοι λογικοί οδοί ώστε να συλλέξουμε πολλούς και από την ορθή ανατομική περιοχή λεμφαδένες. Επίσης μετά τα εξαιρετικά αποτελέσματα της ομάδας του Erlangen, ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχει η ποιότητα του μεσοκόλου που εξαιρείται που πρέπει να είναι ακέραιο κατά τη λογική της εκτομής του μεσοορθού.

Επιπλέον παρααορτικός λεμφαδενικός καθαρισμός από το επίπεδο της νεφρικής φλέβας μέχρι το ακρωτήριο των μαιευτήρων δεν φαίνεται να αυξάνει την επιβίωση παρά μόνο να μειώνει τις τοπικές υποτροπές σε μιά μικτή υποομάδα ασθενών σταδίου ΙΙΙ.

Η περίπτωση της χαμηλής πρόσθιας εκτομής για καρκίνο του μέσου και κάτω τριτημορίου του ορθού έχει περιγραφεί αναλυτικά από τον RJ Heald και τους συνεργάτες του. Η λεμφαδενεκτομή περιλαμβάνει απολίνωση της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας και ολική εκτομή του μεσοορθού. Ελλείψη καλύτερων αποτελεσμάτων, η αρχή παραμένει.

Ο πλάγιος λεμφαδενικός καθαρισμός σε περιπτώσεις χαμηλών καρκίνων του ορθού δεν φαίνεται να προσφέρει στην επιβίωση και ουσιαστικά υοκαθίσταται από την ακτινοθεραπεία.

Σε γενικές γραμμές και μετά από πολλές περιπέτειες, ο λενφαδενικός καθαρισμός στον ορθοκολικό καρκίνο, επιστρέφει σε βασικές αρχές που είχαν ήδη επισημανθεί από τον Miles το 1908 ο οποίος είχε χαρακτηριστκά γράψει για την κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ότι:

… (the zone of upward spread of cancer from the rectum) … the removal of which is imperative.

… the whole of the pelvic mesocolon … must be cleared out.

… the perineal portion of the operation should be carried out as widely as possible so that the lateral and downward zones of spread may be effectively extirpated.