

Małoinwazyjny zabieg chirurgiczny w leczeniu i diagnostyce zaawansowanych procesów nowotworowych jamy brzusznej

Andrzej Miciński
Specjalista chirurg, Kierownik Oddziału Chirurgii Ogólnej
Szpital Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów w
Katowicach



Laparoskopia

- 1901r. rosyjski ginekolog D. O. Ott wykonuje pierwsze wżernikowanie jamy otrzewnej przy pomocy laparoskopu z czołowym lusterkim
- 1910r. Jacobaeus jako pierwszy użył nazwy “laparoscopia”
- 1938r Veress skonstruował igłę służącą do wykonania odmy otrzewnowej, której używa się do dzisiaj
- 1980r. pierwsze laparoskopowa appendektomia wykonana przez Kurta Semma ginekologa
- 1986r. pierwszy raz zastosowano kamerę przekazującą obraz laparoskopowy na ekran monitora
- 1987r. Filip Mouret wykonał pierwszą w świecie cholecystektomię laparoskopową w oddziale ginekologicznym



Prezentacja wybranych pacjentów

- Zaawansowane nowotwory jajnika i macicy u pacjentek w trakcie leczenia onkologicznego

Pacjentka l.34

Pacjentka skierowana do oddziału chirurgicznego do pobrania węzłów chłonnych biodrowych prawych . 3 Miesiące wcześniej laparotomia – ekstyrpacja macicy z powodu raka . Następnie brachyterapia.

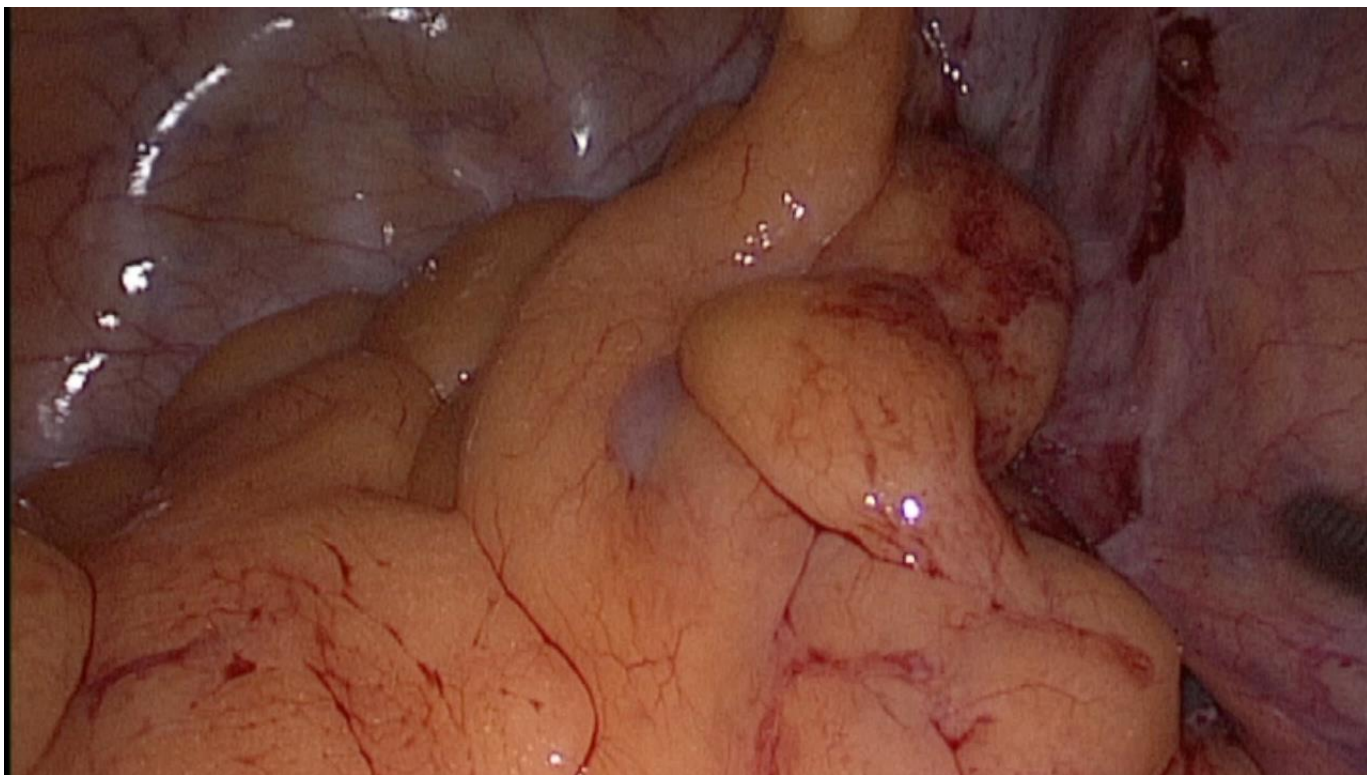
Pacjentka zakwalifikowana do zabiegu i operowana 24 09 2017 – laparoscopia diagnostyczna . Usunięcie zrostów otrzewnowych. Pobranie węzłów chłonnych biodrowych prawych do badania hist pat . Drenaż jamy otrzewnowej.

- otwarto przestrzeń zaotrzewnową prawą nad tętnicą biodrową wspólną , zewnętrzną i wewnętrzną. Na dł ok 9 cm odsłonięto ww naczynia i nie uwidoczono patologicznie zmienionych węzłów chłonnych Pobrano do badania dwa węzły chłonne o śr 3 – 4 mm i trzeci średnicy ok 10 mm hemostaza . Materiał do hist pat .

W badaniu hist pat – prawidłowe utkanie węzłów chłonnych.

Pacjentka w trzeciej dobie po zabiegu zwolniona do domu w stanie dobrym.

**Stan po ekstyrpacji macicy, pobranie węzłów
chłonnych biodrowych prawych do badania hist pat**



Pacjentka I.51

Rak jajnika prawego rozpoznany 2 lata temu .

4 01 2016 Operowana usunięto macicę z przydatkami sieć większą i wykonano limfadenektomię następnie po zabiegu 6 cykli chemioterapii.

Radioterapia od maja 2017 roku przez 6 tygodni. PET TK Z lipca 2017 roku - nieprawidłowy wychwyty znacznika powyżej kikutu pochwy po prawej stronie oraz po lewej stronie w kontakcie z esicą.

Pacjentka przyjęta 26 01 2018 roku do Oddziału Chirurgicznego z powodu podniekności z silnymi bólami brzucha i z zatrzymaniem stolca i okresowym gazów.

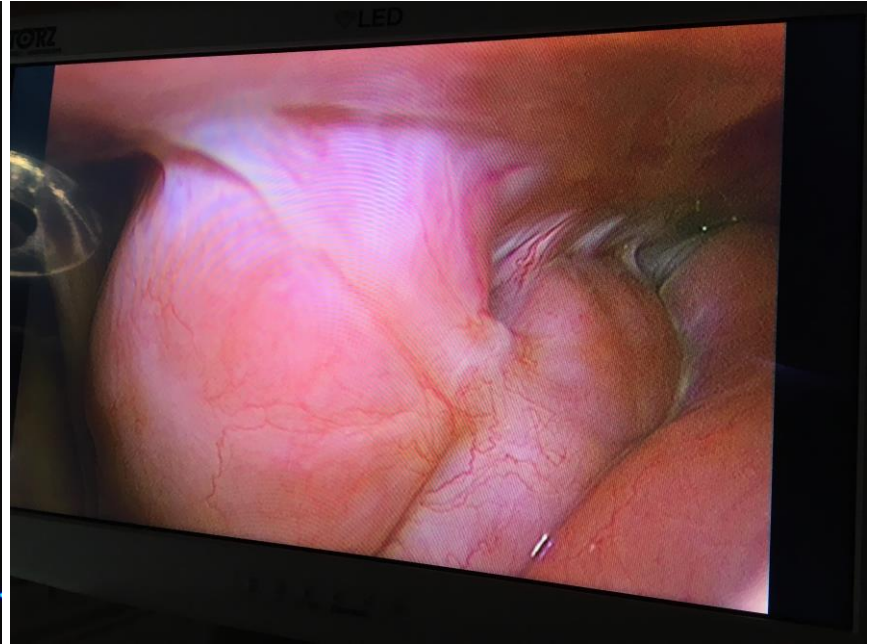
Pacjentka po przygotowaniu , nawodnieniu i kwalifikacji anestezyjologicznej Operowana w dniu 31 01 2018 .

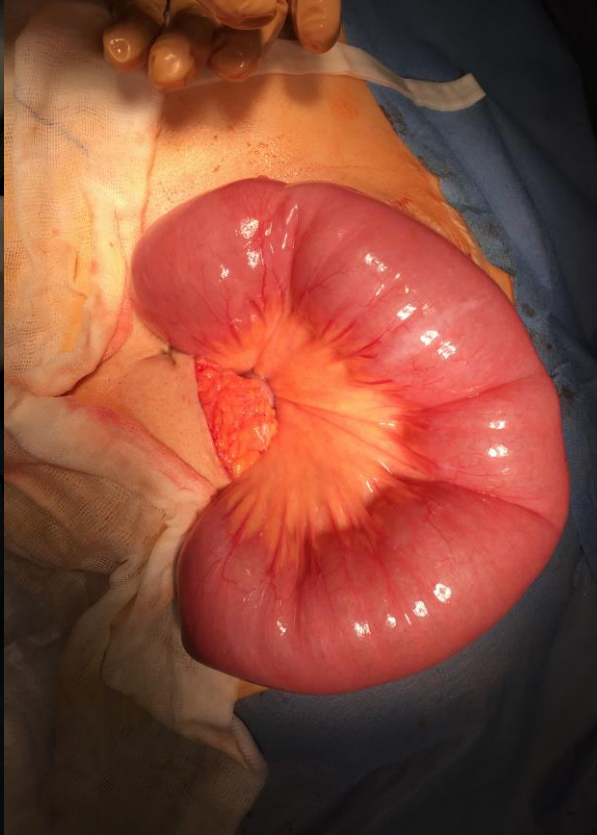
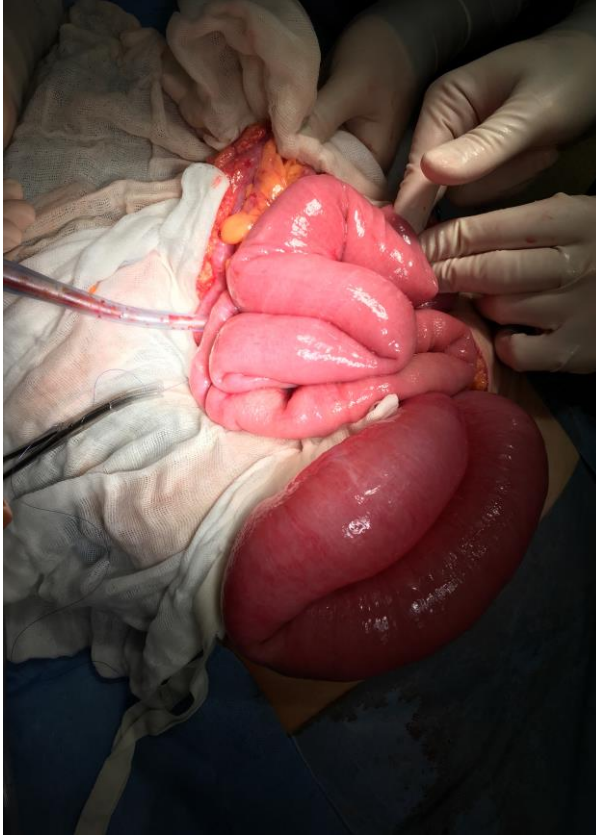
Wykonano – laparoscopia zwiadowcza. Laparotomia . Zespolenie omijające poprzeczniczo – czcze . Zespolenie omijające krętniczo – czcze. Wyłonienie przetoki kałowej dwulufowej na zstępnicy.

W laparoskopii płyn w jamie otrzewnej od wysokości pępka w kierunku miednicy małej rozdęte posklejane pętle jelita cienkiego tworzące konglomerat z guzkami przerzutowymi tej okolicy. Wątroba o niejednorodnym różowo – brązowym zabarwieniu. Nad wątrobą na pow. przepony wiele drobnych zmian 1 – 3mm – zmiany przerzutowe. Laparotomia uwidoczniła wciągnięte kilka pętli jelita cienkiego w zrosty nowotworowe miednicy małej z twardymi naciekami nowotworowymi w miednicy małej . Wątroba palpacyjnie bez zmian. Wykonano zespolenia omijające , wyłoniono przetokę dwulufową na zstępnicy . Pobrano płyn do badania cytologicznego.

Bad cytologiczne – ścięty płyn białkowy, komórki międzybłonka.

Po zabiegu pacjentka w stanie średnim zwolniona do domu . W kontroli w Por Chir pacjentka w stanie zadowolającym , stolce oddaje regularnie mimo skrócenia drogi pokarmowej przybiera na wadze .





Pacjentka 1.61

Pacjentka z rakiem jajnika lewego operowana :10 02 2016 wykonano wycięcie guza jajnika lewego Usunięcie macicy i prawych przydatków , usunięcie węzłów chłonnych miedniczych po stronie prawej Częściowa resekcja sieci większej Wycinki z otrzewnej zatoki Retziusa. Nie usunięto wyrostka robaczkowego z racji na zakątnicze położenie.

W czasie zabiegu wątroba gładka , zrosty jelitowe .

Badanie hist pat jajnik lewy – Gruczolakorak surowiczny G2 naciek dochodzi do powierzchni torebki.jajnik prawy jajowód prawy, sieć, tkanka tłuszczowa wycinki z otrzewnej, węzły miednicze prawe – 3 – sine laesiones., kanał Ovula Nabothi, przymacicza Sine laesiones, wargą przednią , wargą tylną – cervicitis chronica.

Chemioterapia

6 11 2017 Tk jamy brzusznej i miednicy wątroba – pomiędzy powierzchnią wątroby , seg VIII a przepona masa o niskiej gęstości do 32 mm grubości do 13 mm modelująca powierzchnię wątroby. Kamica pęcherzyka żółciowego. Przepuklina rozworu przełykowego. Śledziona dodatkowa 11 mm . Torbiel nerki lewej 8 mm .



Bez powiększonych węzłów chłonnych. Stan po usunięciu narządu rodniego. Kikut pochwy symetryczny, bez ognisk patologicznego wzmocnienia kontrastowego. W łączności z przednim zarysem kikut pochwy obustronnie widoczne są tubularne zagęszczenia, większe po stronie prawej, sugerujące szerszych naczyń żylnych. Wolnego płynu w jamie otrzewnej nie stwierdza się.

W porównaniu z TK z czerwca 2017 roku pojawiła się nieprawidłowa masa między przeponą a wątrobą, poza tym obraz bez różnic.

Pacjentka następnie skierowana do Oddziału Chirurgicznego w celu usunięcia miany wątroby oraz radykalizacji po wcześniejszym zabiegu.

Przyjęta do oddziału 10 12 2017 i zakwalifikowana do laparoskopii zwiadowczej.

Operowana 11 12 2017 – Laparoscopia diagnostyczna. Laparoskopowe usunięcie guza przerzutowego przepony z naciekiem na wątrobę. Laparotomia. Appendektomia, usunięcie zrostów, resekcja sieci większej Drenaż jamy otrzewnowej.

Usunięto guzek przerzutowy śr ok 3 cm wciągający wątrobę i przeponę – mat do hist pat. Podczas laparotomii Appendektomia klasyczna, usunięcie zrostów i sieć o wym ok 40x 20 x 2 cm !!!!

Pacjentka zwolniona do domu w stanie dobrym w czwartej dobie po zabiegu

Hist pat Guz przerzutowy – przerzut raka gruczołowego. Marginesy cięcia chirurgicznego wątpliwe.

Wyrostek robaczkowy i sieć – ognisk nowotworowych nie znaleziono



Pacjentka I.62

Pacjentka od 10 09 2017 – 22 09 2017 roku hospitalizowana w oddziale wewnętrznym (wcześniej konsultowana przez ginekologa – brak wskazań do hospitalizacji w oddziale gin 11 09 2017) gdzie w trakcie diagnostyki rozpoznano guz lewego jajnika .

W wykonanym Tk jamy brzusznej i miednicy 11 09 2017 – Duża ilość płynu w jamie otrzewnej , guzkowato przebudowana sieć większa. Śledziona niepowiększona z kilkoma torbielami do 7 mm . Gruczolak lewego nadnercza 20 mm śr , nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych w przestrzeni zaotrzewnowej i wzdłuż naczyń dużych naczyń . Macica niepowiększona. Nico powiększony lewy jajnik z obszarami torbielowatymi i z guzkowatym zgrubieniem otrzewnej wokół, nie można wykluczyć odcinkowego naciekania esicy. Zmiany zwyrodnieniowe w kręgosłupie L Dyskopatia L5/S1. Wykonana kolonoskopia przed planowanym zabiegiem - w zagięciu prostniczo - esiczym uchyłkowe wciągnięcie ściany jelita , bez jednoznacznych cech nacieku npl – jednak nie można wykluczyć wciągnięcia przez naciek npl z zewnątrz.

Nie wykonano zaleconego wcześniej badania poziomu Ca 125

Pacjentka przyjęta do oddziału ginekologii gdzie przebywała od 24 09 2017 – 3 10 2017

Pacjentka operowana 25 09 2017 - Laparotomia z wyłonieniem przetoki kałowej dwulufowej na esicy oraz - pobranie płynu na cytologię, wymazy z zatoki Douglasa, wymaz spod wątroby , wycinki - fragment sieci, wycinek z okolicy przydatków prawych – badania hist pat wymazy bez komórek nowotworowych ,

Wycinki - Infiltratio adenocarcinomatosa (Adenocarcinoma papillarae)

W czasie zabiegu stwierdzono rozsiew prosówkowaty w obrębie otrzewnej ściennej, szczególnie pod kopułami przepony, nacieki krezki jelita cienkiego sr ok 6 cm. Miednica mniejsza zarośnięta przez nacieki nowotworowe tzw. Frozen Pelvis, nacieki na esicę zwężający światło. Odessano ok 8 litrów płynu.

Po ww pobycie szpitalnym pacjentka skierowana do leczenia onkologicznego

Następnie zakwalifikowana do chemioterapii indukcyjnej – I cykl 12 10 2017, II cykl chemioterapii 3 11 2017 , III cykl 24 11 2017 .



TK jamy brzusznej i miednicy małej z dnia 24 11 2017 – W segmencie IV płuca lewego zwapnienie średnicy 5 mm . Poza tym w obu płucach rozproszone zmiany włókniste najpewniej nasilone u podstawy płuca prawego .

W jamie otrzewnowej nie uwidoczniiono płynu Macica o dość równych obrysach . Zmiana lito – płynowa po stronie lewej średnicy do 3,5 cm. W obrębie tkanki tłuszczowej między pętlami jelitowymi oraz w sieci widoczne liczne wszczyepy guzowate o wym . Do największego po stronie prawej 2 x 1,3 cm, W przestrzeni zaotrzewnowej widoczne są pojedyncze węzły chłonne, największy ulegający niejednorodnemu wzmocnieniu kontrastowemu po stronie lewej od aorty brzusznej w wym.krótkim 8mm zlokalizowany poniżej odejścia naczyń nerkowych .Śledziona zmiany torbielowate opisywane wcześniej. Nadnercze lewe z gruczolakiem śr 18 mm .

W celu ewentualnej radykalizacji zabiegu skierowana do wykonania laparoskopii zwiadowczej i oceny operacyjności zgodnie z protokołem raka jajnika .

Operowana 8 12 2017 – Laparoscopia diagnostyczna. Laparotomia . Ekstyrpacja macicy,usuniecie przydatków. Appendektomia. Resekcja sieci większej. Cytoredukcja zmian przerzutowych otrzewnej. Drenaż jamy otrzewnowej.

W laparoskopii jama otrzewnej z niewielkimi zrostami wątroba z bardzo małymi białawymi guzkami przerzutowymi, w sieci kilka widocznych zgrubień- zmiany przerzutowe w miednicy małej płyn oraz widoczne jajniki Konwersja . Ginekolog usunął macice wraz z przydatkami. Appendektomia . Resekcja z licznymi zmianami guzowatymi. Wycięto guzek jelita czczego przerzutowy sr ok1,5 cm. Podobny guzek z krezki jelita czczego. Wycięto kilka guzków z okolicy krzywizny większej żołądka W krezce jelita cienkiego i krezce poprzeczniczy wyczuwalne guzki przerzutowe, zaciskające krezki.

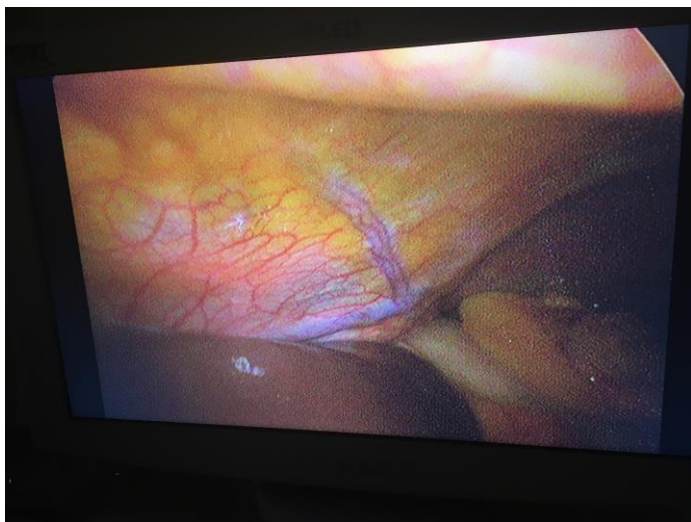
Po zabiegu pacjentka w czwartej dobie zwolniona do domu w stanie dobrym

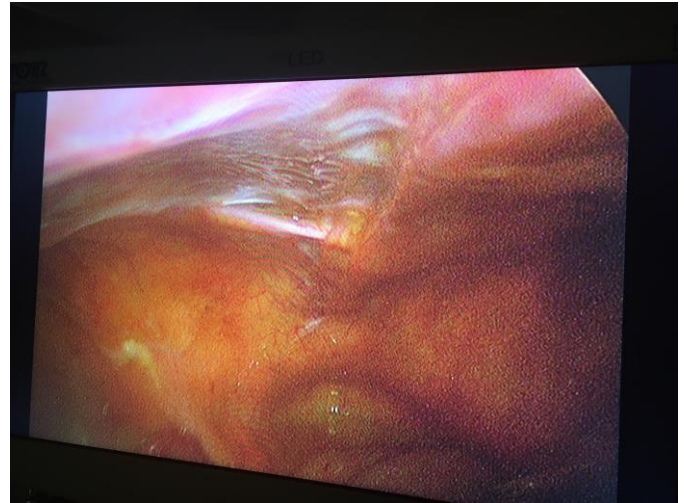
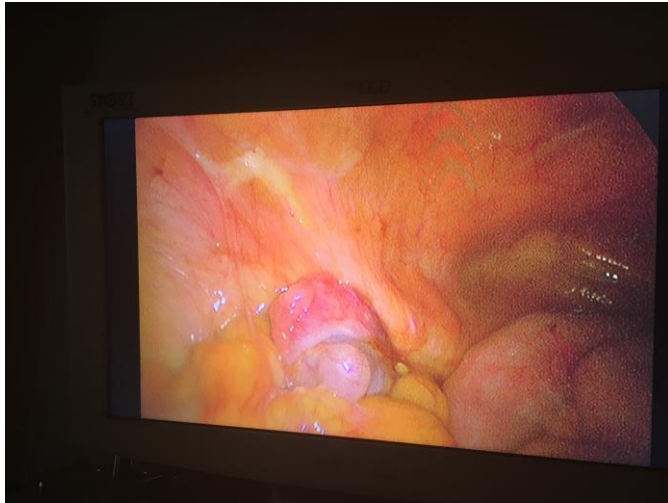
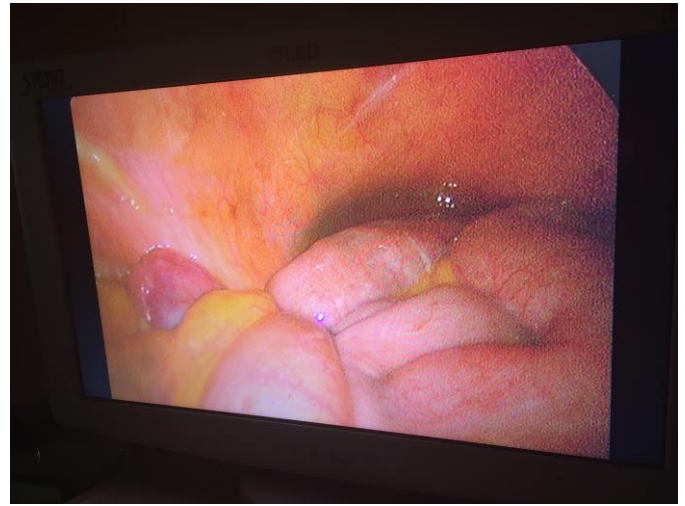
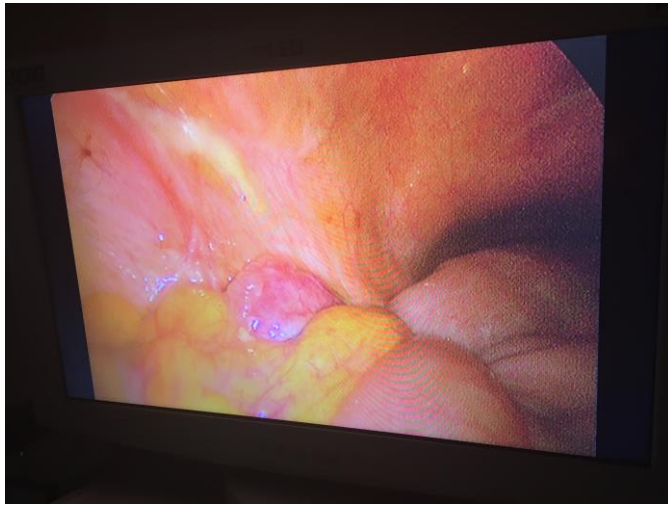
Badanie hist pat W jajnikach i jajowodach - infiltratio adenocarcinomatosa . Oraz ogniska raka gruczolowego wydzielającego śluz – jajnik lewy macica – polypus endometrialis. Adenomyosis. Leiomyomata. Infiltratio carcinomatosa – obwodowa część myometrium.

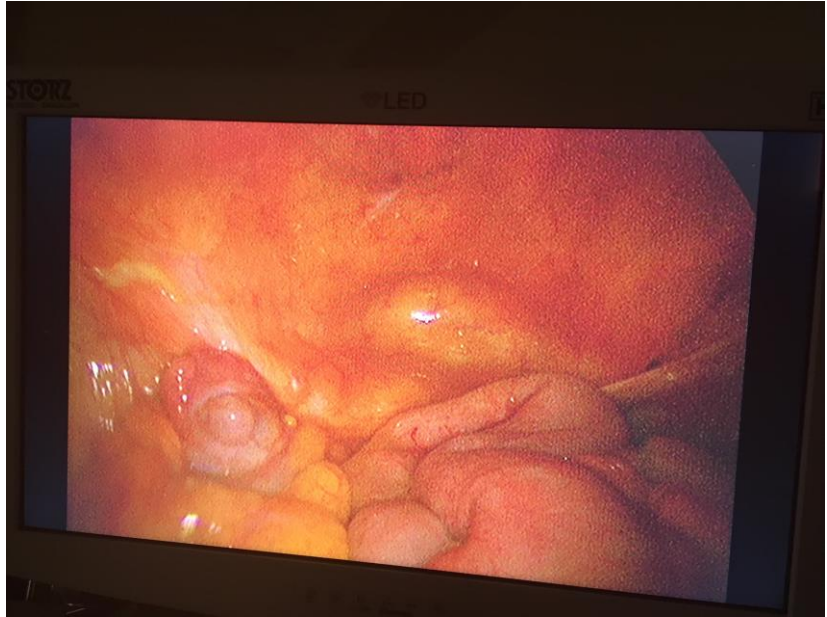
Ogniskowy naciek nowotworowy znaleziono w obrębie błony śluzowej i kreseczki wyrostka.

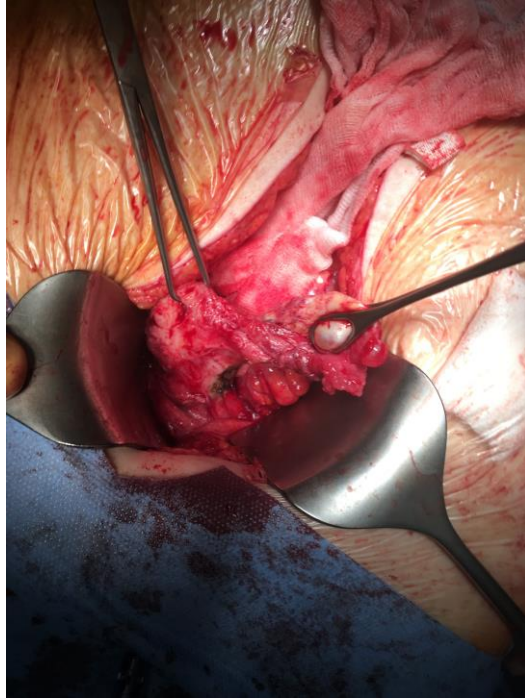
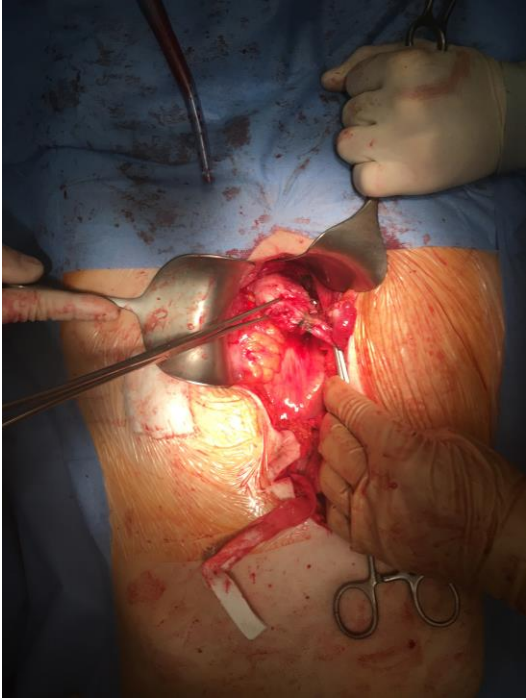
Guzki przerzutowe – Infiltratio carcinomatosa probabilliter ovariogenes.

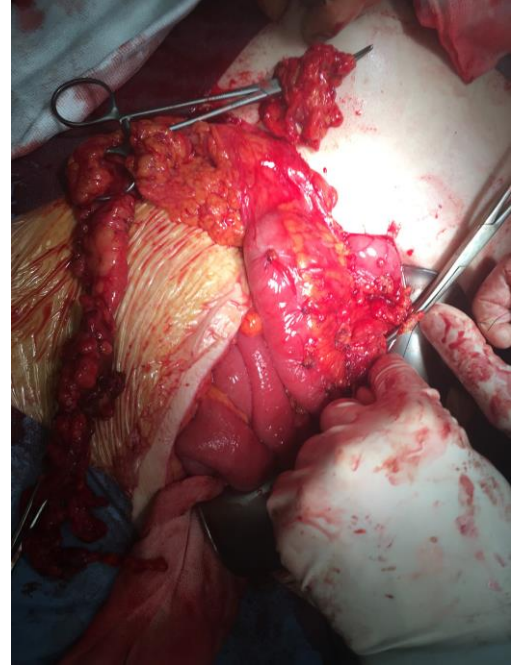
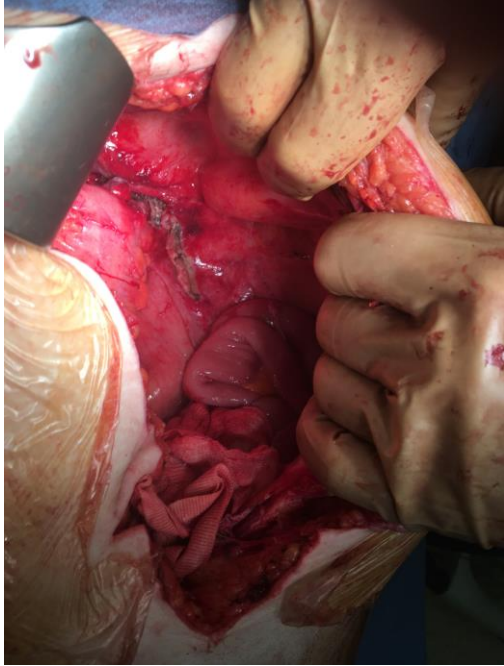
Pacjentka dalej kontynuuje chemioterapie .

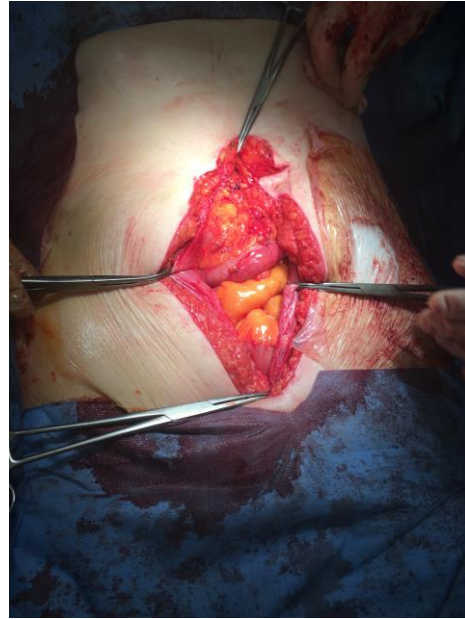
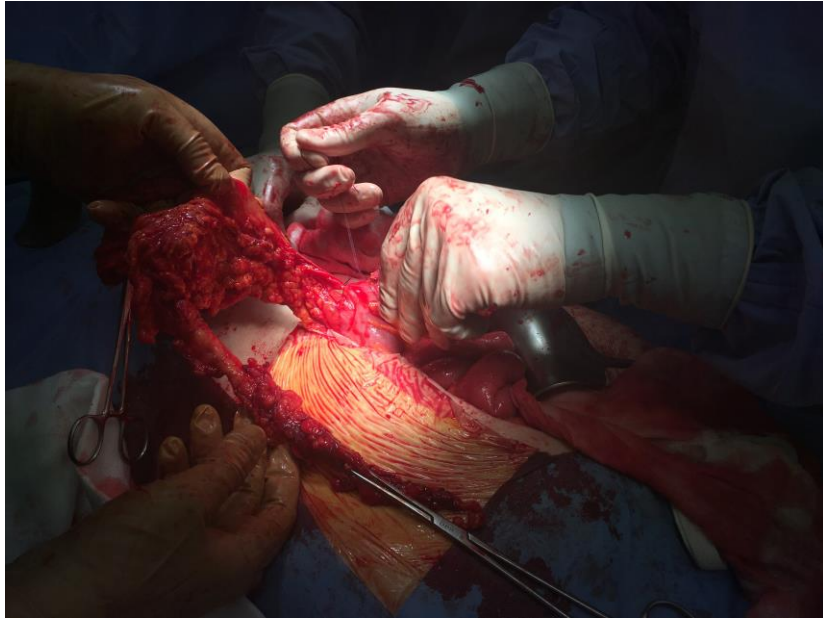















Pacjentka 1.66

Pacjentka z podejrzeniem rozsiewu nowotworowego w jamie otrzewnej z podniedrożnością skierowana do Oddziału Chirurgicznego .

Pacjentka Z rakiem macicy – Adenocarcinoma papillare G2 – wyskrobiny z kanału szyjki i jamy macicy. Nie operowana .

2015/ 2016 6 cykli chemioterapii. Wg schematu Paklitaksel + Karbo platyna

11/12 2015 Brachyterapia 6 frakcji 60 Gy


03 – 06 2016 napromieniana ambulatoryjnie fotonami X 20MV na obszar miednicy d_f 1,8 Gy/guz do dawki całkowitej 50,4 Gy/guz

progresja choroby w Tk z dnia 27 09 2016 – zakwalifikowana do chemioterapii 2 Od 18 10 2016 stosowano reindukcyjną chemioterapię ag schematu Poklitaksel + Karboplatyna . Podano 6 cykli

Zlecono hormoterapię wg schematu. Ze względu na progresję zmian nowotworowych odstawiono hormonoterapię.

Decyzja konsylium - zakwalifikowana do monochemioterapii ADM. W dniu 19 10 2017 podano 1 monochemioterapie ADM/50m/m² w dawce należnej. Ze względu na progresję choroby (płyn w jamie otrzewnej , wzrost CA 125) zalecono monochemioterapię Carboplatyna AUC5, która podano 10 11 2017.

Następnie leczona objawowo.



TK jamy brzusznej i miednicy 26 06 2017

w porównaniu z badaniem poprzednim zwiększyła się ilość płynu podprzeponowo , wokół żołądka . W wątrobie pojawiły się hypodensyjne, słabo ulegające wzmocnieniu kontrastowemu, zmiany modelują najpewniej zewnętrzne obrysy wątroby, w segmencie VIII 16x 11mm , w segmencie II wewnątrzwątrobowo hypowaskularna zmiana średnicy 14x22 mm . W przestrzeni zaotrzewnowej niepodejrzane węzły chłonne największy węzeł chłonny o kulistym kształcie z cechami wzmocnienia po stronie lewej od aorty , poniżej odejścia naczyń nerkowych sr 15 mm .Zwiększyła się ilość pasmowatych zmian naciekowych w zakresie korzenia krezki i między pętlami jelitowymi w śródbrzuszu. Pomędzy tymi zmianami widoczne za drobne, guzkowate zagęszczenia. Obraz powiększonej guzowatej macicy z cechami jednorodnego wzmocnienia.

Przyjęta do oddziału chirurgicznego 27 12 2017 z objawami podniedrożności . Zakwalifikowana do laparoskopii zwiadowczej . Operowana 29 12 2017 laparoscopia zwiadowcza .Drenaż jamy otrzewnowej pobrano wycinek do badania hist pat

W jamie otrzewnej szaro – brązowy płyn odessano ok 1500ml ,widoczne sztywne pętle jelita cienkiego pokryte licznymi różnej wielkości guzkami przerzutowymi ,większe guzki , białawe sr do 2 cm w miednicy małej po stronie prawej – tu pobrano wycinek do hist pat. Uwidoczniona esica , zapadnięta również pokryta guzkami przerzutowymi Wątroba przyrośnięta do przepony pow przeponowa pokryta guzkami przerzutowymi , podobne zmiany na przedniej pow. żołądka, napęcherzyku żółciowym oraz sieci .

Hist pat – tkanka łączna włóknista ze szkliwieniem i zwapnieniem . Utkania nowotworowego nie stwierdzono.



Pacjentka 1.58

Diagnozowana w oddziale ginekologicznym 23 – 24 11 2017 z powodu krwawień z dróg rodnych –
łyżeczkowanie jamy macicy . Hist pat jama Hyperplasia glandularis endometrii (complex) cum atypia in
andenocarcinoma endometroides vertens

Rak trzonu macicy.

Pacjentka operowana 10 01 2018 – Laparotomia .Usunięcie macicy z przydatkami obustronnie. Bez usuwania
węzłów chłonnych .


Następnie pacjentka poddana brachyterapii i radioterapii

(Pacjentka po leczeniu raka piersi lewej – wycięcie , limfadenektomia pachowa lewa . Stan po chemioterapii
Stan po radioterapii W trakcie hormonoterapii)

08 03 2018 PET – TK - Uwidoczniono ognisko patologicznego wychwytu radioznacznika w rzucie:

1.policyklicznego guza (lub dwa guzy w przyleganiu) w dolnej części sieci większej po stronie prawej SUV
max 3,5 o rozmiarach 11x 6 mm (określone rejonem Lesion 1)

1. podobnej mniejszej zmiany tuż powyżej SUV max 1.9 bez wyraźnego morfologicznego odpowiednika (określone rejonem Lesion 2)



Poza tym podwyższone gromadzenie w obrębie blizny pooperacyjnej, najpewniej o charakterze odczynowym. W pozostałych objętych badaniem segmentach ciała stwierdza się fizjologiczną dystrybucję radioznacznika.

Wnioski:

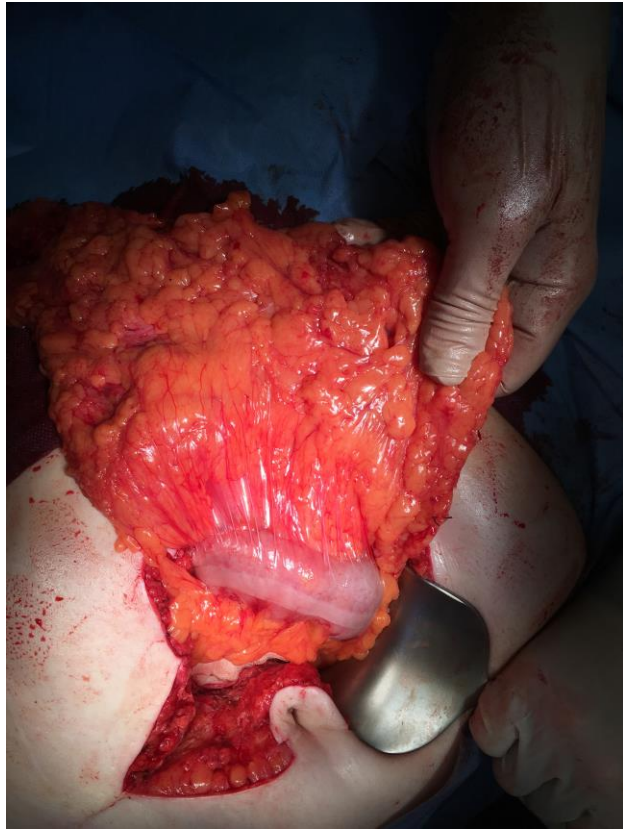
Obraz PET/TK podejrzany dla dwóch lokalizacji choroby nowotworowej w sieci większej.

Po tym badaniu pacjentka skierowana do oddziału Chirurgicznego do wykonania cytoredukcji .

Przyjęta do oddziału 27 03 2018 . Operowana po przygotowaniu 28 03 2018 – Laparotomia. Resekcja sieci większej. Uwolnienie zrostów otrzewnowych.

Wypreparowano liczne zrosty po wcześniejszej laparotomii, na uwagę zasługuje linijny silny zrost sieci z linią blizny w podbrzuszu po laparotomii (NIE SZYTO OTRZEWNEJ) Zrosty uwolniono odsłonięto duża sieć o wym ok 15 x 35 x 2 cm . Sieć zresekowano.. Palpacyjnie osiągalny jedynie lewy płąt wątroby – bez zmian , jelito cienkie oraz okrężnica bez widocznych patologii.

W badaniu hist pat – tkanka tłuszczowa z przekrwieniem.



Pacjentka I.52

Pacjentka 16 08 2016 roku operowana z powodu guzów jajników wykonano - Laparotomię Subtotalną wycięcie sieci większej wycinki z jajników (w tym samym pobycie w szpitalu - Relaparotomia z powodu krwawienia w jamie otrzewnej – hemostaza . Drenaż). W badaniach histopatologicznych – Jajniki - Adenocarcinoma papillare serosum G 3 .Wycinek z krzywizny większej żołądka, wycinek z esicy , wycinek z otrzewnej ściennej ,wycinek z zatoki Retziusa, wycinek z kątnicy – Adenocarcinoma papillare serosum ovariiogenes metastaticum. Następnie chemioterapia.

Skierowana do radykalnego zabiegu i operowana 14 02 2017 – Laparotomia. Usunięcie macicy z przydatkami. Usunięcie zrostów. Usunięcie węzłów chłonnych miedniczych . Usunięcie pozostałości sieci większej oraz wyrostka robaczkowego. Drenaż

Badanie hist pat Przydatki lewe jajnik – ściana torbieli: Cystis simplex. Jajowód status normalis.

Macica – Kolpitis chronica. Wargę przednią , tylną – Cervicitis chronica. Przymacicza : Sine laesiones. Rogi Endometrium dyshormonoticum, kanał Polypi endocervicales.

Błona śluzowa - Endometrium dyshormonoticum, trzon i dno – Leiomyoma.

Pozostałość sieci większej Foci inflammatorii.

Wyrostek robaczkowy – Appendicitis chronica

Węzły chłonne miednicze prawe - 3 -sine metastasibus .

Węzły chłonne miednicze lewe - 2 - sine metastasibus

Badania diagnostyczne w tym okresie:

TK jamy brzusznej i miednicy 17 01 2017 – ocena efektów leczenia po chemioterapii przed kolejnym zabiegiem . - Macica powiększona niejednorodnej gęstości z drobnymi zwapnieniami , torbiel przydatków lewych 42 x 36 ,, Słabo widoczne przydatki prawe bez uchwytanych patologii... nie uwidoczniło powiększonych węzłów chłonnych .



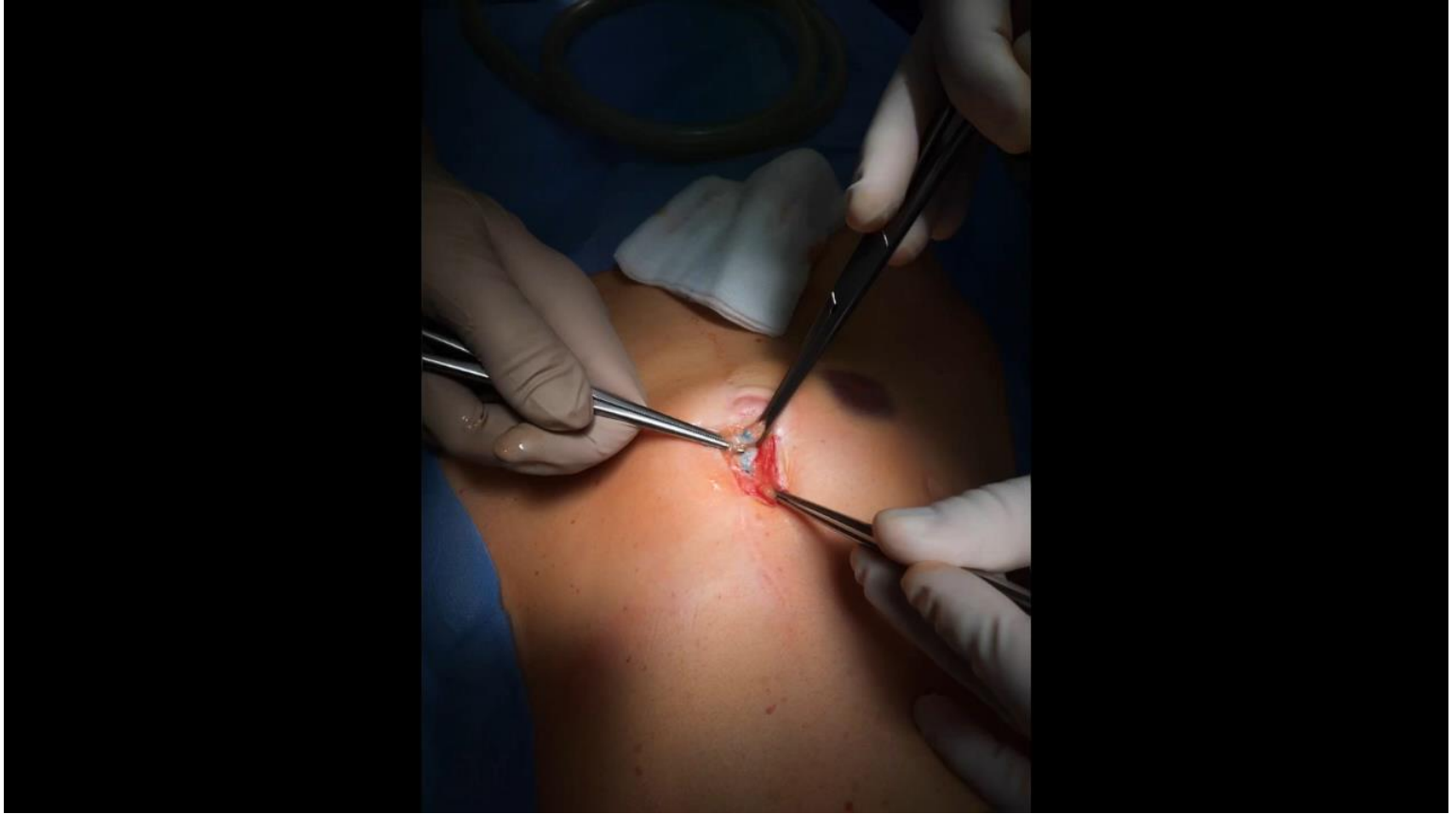
TK jamy brzusznej i miednicy 18 05 2017 - - w obrębie segmentu VI słabo wyodrębnia się zmiana hypodensyjna średnicy 4 mm o niejednoznacznym charakterze – zmian nie była obecna w badaniu poprzednim ... Stan po usunięciu narządu rodnego. Kikut nieco asymetryczny, bez ewidentnych cech wzmocnienia po dożylnym podaniu środka kontrastowego. W łączności z prawa strona kikuta ciągną się pasmowate zagęszczenia tkankowe, które ulegają konsolidacji nieco powyżej kikuta tworząc zagęszczenie średnicy ok 14 mm , które wykazuje cechy wzmocnienia po dożylnym podaniu środka kontrastowego – obraz budzi podejrzenie obecności wznowy.

PET/TK 18 F -FDG – 3 07 2017 w badaniu stwierdza się niecharakterystyczne gromadzenie radioznacznika w miednicy mniejszej pośrodkowo i po stronie prawej rzutujące się na ścianę pętli jelitowych, bez wyraźnego odpowiednika morfologicznego ,poza tym dystrybucja radioznacznika w pozostałych objętych badaniem segmentach ciała fizjologiczna.– wnioski w badaniu PET/ TK nie uwidoczniło ognisk patologicznego wychwytu radioznacznika odpowiadających lokalizacji zmian nowotworowych z wysokim poziomem metabolizmu glukozy.

TK jamy brzusznej i miednicy 9 11 2017 - w segmencie VI w wątrobie drobne, niewzmacniające się ognisko średnicy 2 – 3 mm poza tym wątroba bez zmian ogniskowych....w sąsiedztwie naczyń biodrowych po stronie prawej w przyleganiu do pętli jelitowej wyodrębnia się zagęszczenie o niejednorodnej gęstości wielkości ok 25x 14 mm , modelujące przebieg ściany jelita . Innych zmian nie stwierdza się. Narządy miednicy małej w badaniu TK w granicach normy. Jama otrzewnowa wolna od płynu
Wnioski Obraz TK przemawia za wznowa miejscowa procesu npl w obrębie miednicy, do różnicowania z przerzutowo zmienionym węzłem chłonny biodrowym po stronie prawej .

Pacjentka skierowana do Oddziału Chirurgii Ogólnej do rewizji ww badan diagnostycznych z podejrzeniem wznowy w okolicy naczyń biodrowych prawych .

Operowana 12 12 2017 roku – Laparoscopia zwiadowcza pobrano mat do hist pat . Adenocarcinoma metastaticum Rozpoznano rozsiew nowotworowy w jamie otrzewnej , liczne guzki przerzutowe w kopolach przepony ,podobne zmiany w krzyżźnie mniejszej żołądka , w sieci mniejszej. Niewielka ilość wolnego płynu w jamie otrzewnej - odstąpiono od cytoredukcji z powodu ww rozsiewu nowotworowego. Pacjentka zwolniona do domu w III ciej dobie po zabiegu .



Pacjentka I.74

Pacjentka 17 lat temu leczona z powodu raka jajnika .Stan po chemioterapii Stan po usunięciu jajników i macicy. Stan po appendektomii . Stan po cholecystektomii .

Zgłosiła się do kontroli po tylu latach z powodu dolegliwości bólowych brzucha . W badaniu TK jamy brzusznej i miednicy małej z dnia 15 02 2018 stwierdzono – zmianę, guzek okolicy ogona trzustki o wym 11 x 9 mm w obrazie stabilnym w porównaniu z badaniami wcześniejszymi – grudzień 2017.Zmiana nie była obecna w badaniu z 2014 roku .Lewa nerka torbiele śr do 5 mm oraz zmiana do 6 mm wymagająca oceny w MRI. W sąsiedztwie naczyń biodrowych lewych zwraca uwagę patologiczna masa o wym 24mm x 15 mm zawierająca zwapnienia jak w obrazie z 2014 roku – najpewniej zmieniony węzeł chłonny w przebiegu choroby zasadniczej. Poniżej podobny węzeł o wym 11x 9 mm o stabilnym obrazie do badania poprzedniego. Kilka węzłów chłonnych o podobnej morfologii widocznych jest w sąsiedztwie naczyń biodrowych zewnętrznych po stronie lewej o stabilnym obrazie.na poziomie miednicy po stronie lewej przy przedniej ścianie jamy brzusznej wyodrębnia się obszar o nieregularnych zagęszczeniach o wym ok 37 mm , którego górny biegun jest nieco większy niż w badaniu poprzednim(poprzednio do 30 mm)natomiast dolny biegun bardziej lity nie uległ zmianie. Obraz przemawia za obecnością zmiany npl w przebiegu rozsiewy do otrzewnej . Stan po usunięciu narządu rodnego , bez cech wznowy miejscowej.



Przyjęta do oddziału chirurgicznego 22 04 2018 do planowej laparoskopii zwiadowczej. Przed zabiegiem wykonano kolonoskopię - błona śluzowa całego jelita grubego gładka , lśniąca o zachowanym rysunku naczyniowym.

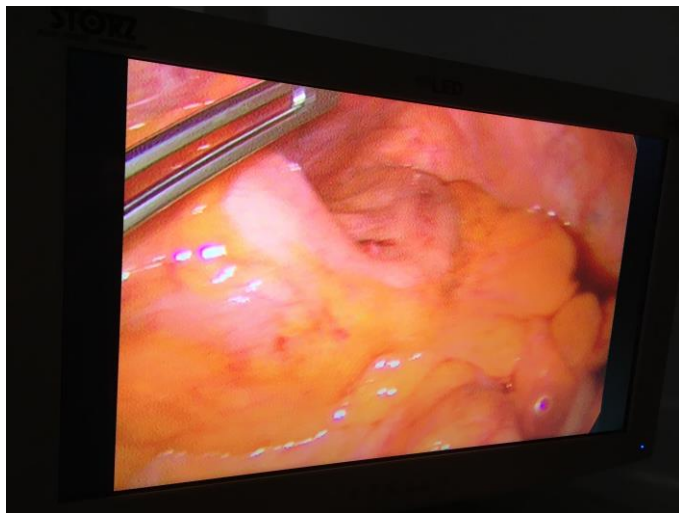
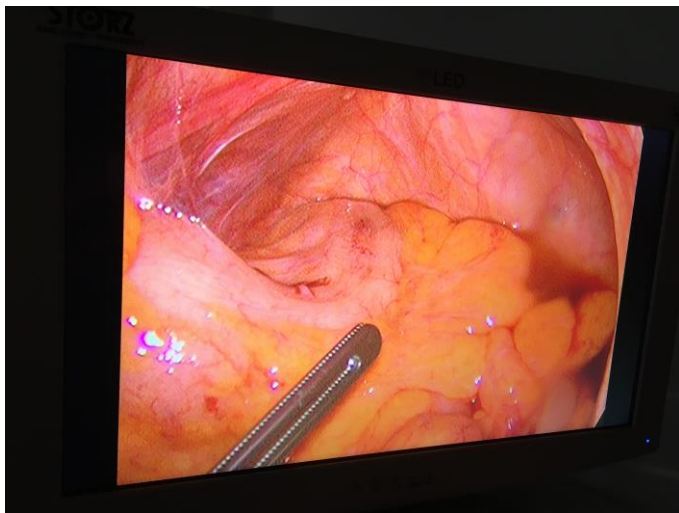
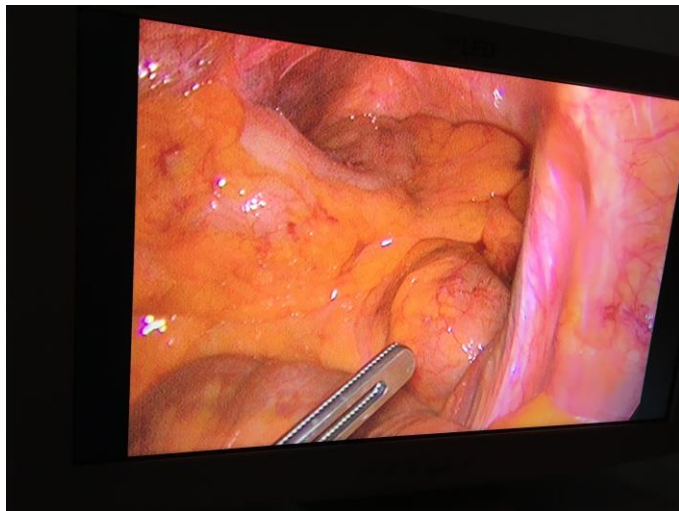
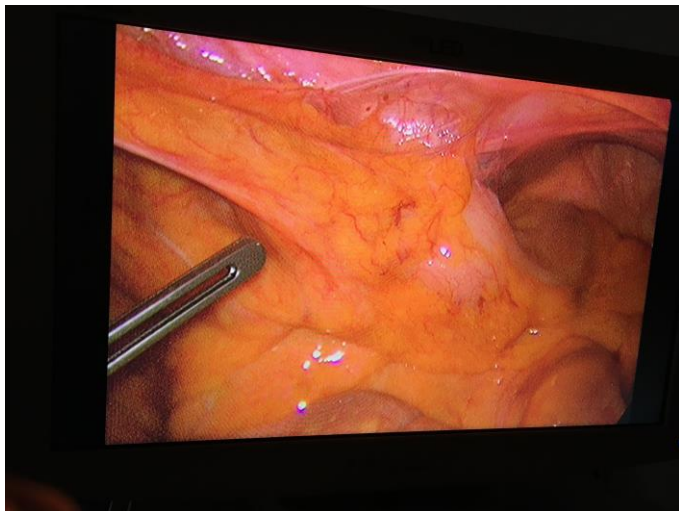
24 04 2018 pacjentka operowana – laparoscopia diagnostyczna . Pobrano materiał cytologiczny do badania.

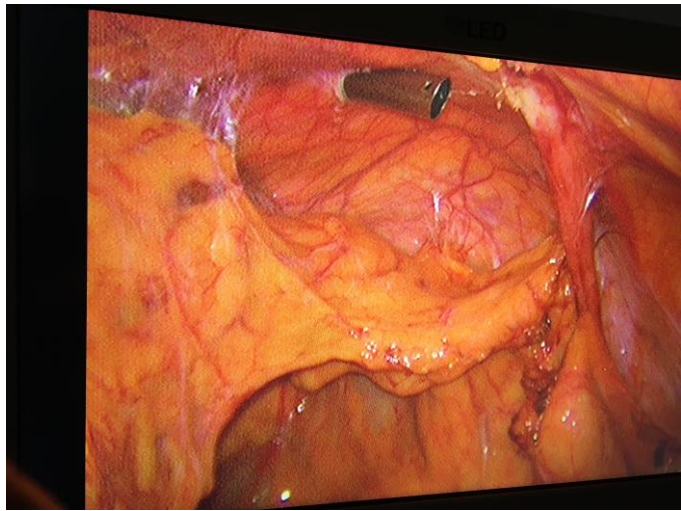
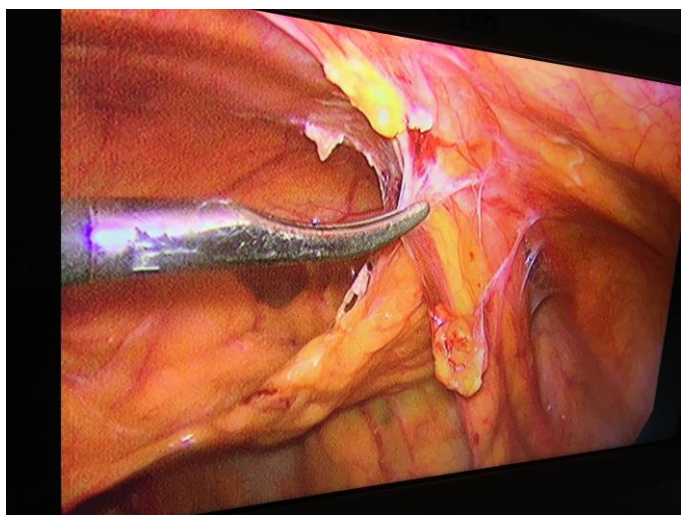
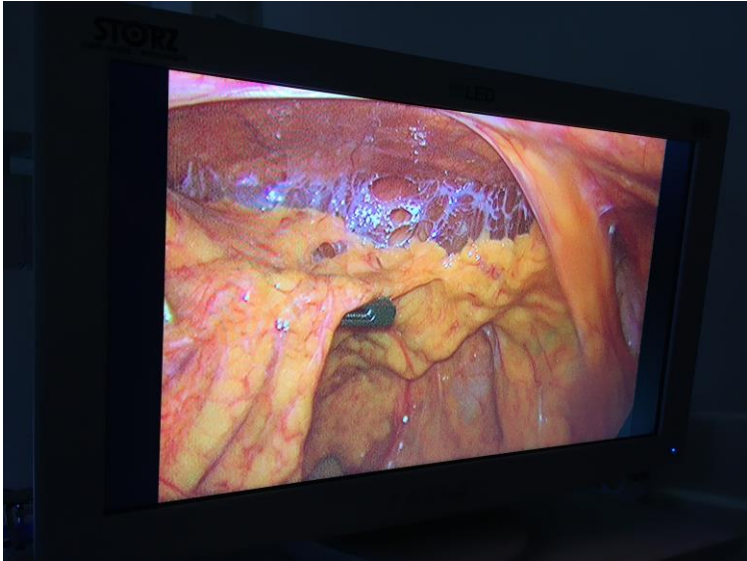
Drenaż jamy otrzewnowej

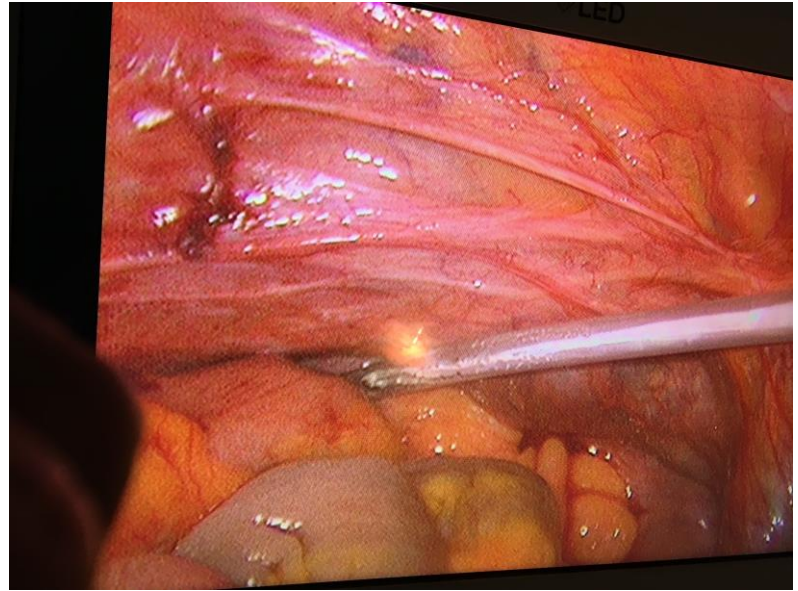
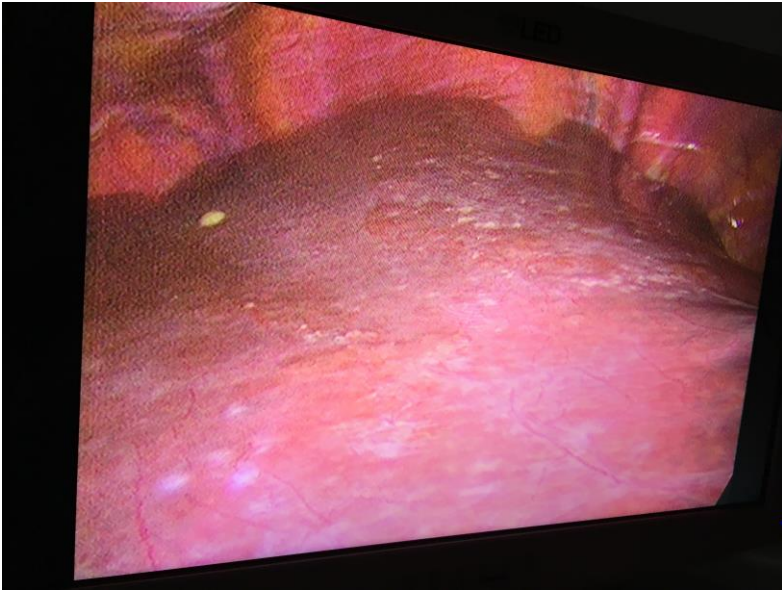
w jamie otrzewnej liczne zrosty otrzewnowe po wcześniejszych laparotomiach . Wątroba wiśniowa, gładka bez widocznych patologii. W miednicy małej niewielka ilość płynu – pobrano materiał do badania cytologicznego. Uwolniono część zrostów. W lewym dole biodrowym przyrośnięta do ściany miednicy esica . Esicę częściowo odpreparowano W badaniu tkanki miękkie bezznaczących , poza zrostami patologii. Opisywanych zmian w TK nie udało się uwidocznić Widoczna otrzewna ścienna i trzewna bez patologii. Prawy dół biodrowy z widocznymi naczyniami bez zmian .

Pacjentka po zabiegu w IIgiej dobie zwolniona do domu w stanie dobrym

Hist pat płyn z miednicy małej - komórki międzybłonka, makrofagi, granulocyty, limfocyty.







Pacjentka - 60 lat

Pacjentka 13 06 2017 operowana z powodu Gruczolakoraka G 2 trzonu macicy - zabieg radykalny - laparotomia usunięcie macicy z przydatkami oraz wykonano limfadenektomię miedniczną .

Hist pat – Adenocarcinoma endometrioides G – 2 . Rak trzonu macicy bez nacieku mięśniówki, bez nacieku w rogach. W kanale nacieki tylko gruczołów, bez nacieku podścieliska

FIGO IA

Przysadki i węzły chłonne bez zmian nowotworowych

Brak cech infekcji HPV

W przeszłości rak piersi prawej po mastektomii oraz hormonoterapii

TK jamy brzusznej i miednicy 25 05 2017 - - „macica niepowiększona , o gładkich zewnętrznych obrysach o położeniu prawidłowym głównie w zakresie trzonu wydaje się być jednorodna „

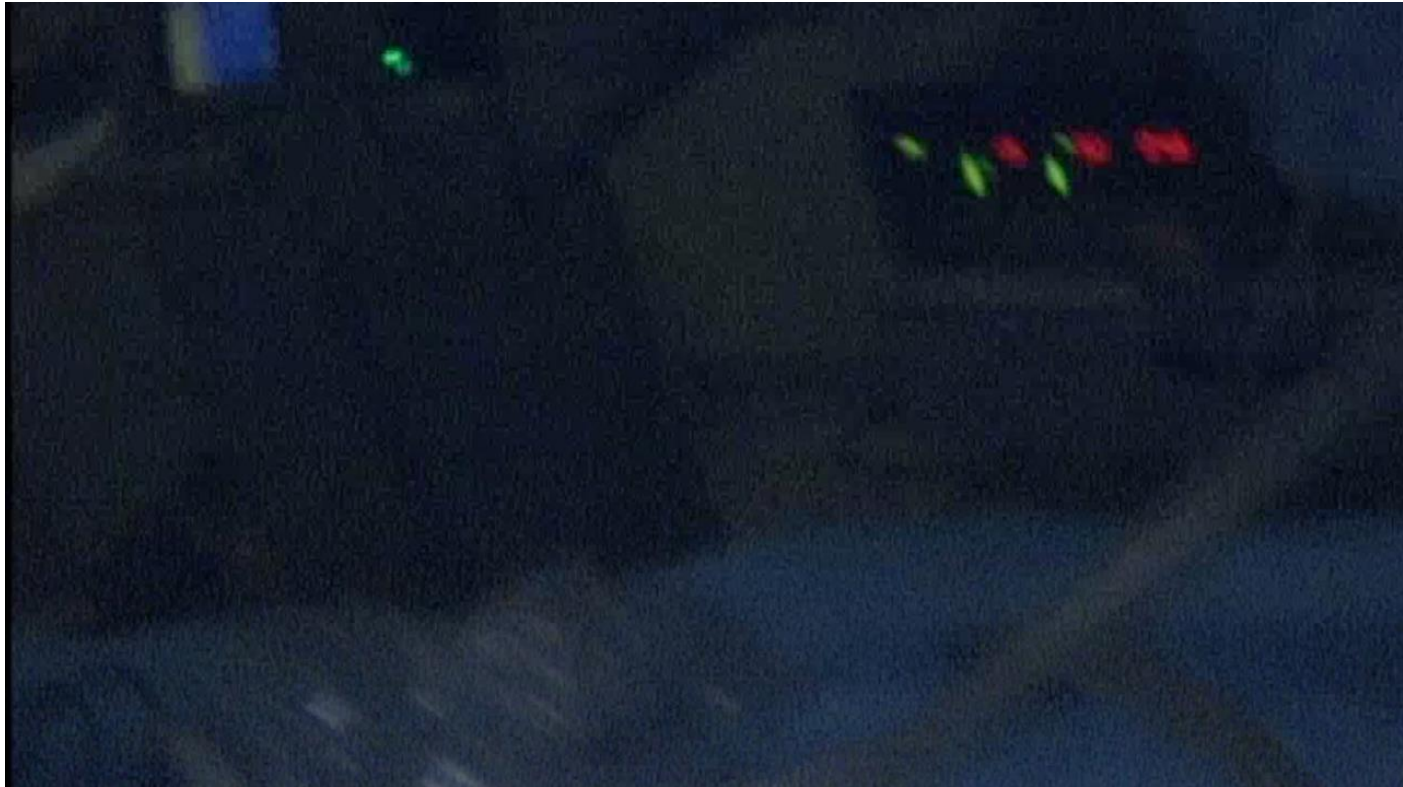
TK jamy brzusznej i miednicy 31 07 2017 – W porównaniu z badaniem poprzednim nieznacznie zwiększyły swoje wymiary pojedyncze węzły chłonne w przestrzeni zaotrzewnowej w jamie brzusznej zlokalizowane paraaortalnie po stronie lewej poza tym obraz podobny PET 18 F – FDG 24 10 2017 - uwidoczniło pojedyncze ognisko podwyższonego wychwytu radioznacznika – na poziomie owalnej zmiany wychodzącej od ściany wstępnej o rozmiarach 18x16 mm z cechami peryferycznego uwapnienia. Poza tym fizjologiczna dystrybucja radioznacznika w pozostałych segmentach ciała .

Pacjentka przyjęta do oddziału Chirurgii Ogólnej 27 11 2017 , dziś później wykonano kolonoskopię w celu oceny jelita grubego - badanie bez zmian . Następnie zakwalifikowana do laparoskopii zwiadowczej . Zabieg wykonano 1 12 2018 laparoscopia zwiadowcza . Wycięcie guza przerzutowego okolicy prawej rynny otrzewnowej . Drenaż jamy otrzewnowej - Guz o wym 3x 2,5 x 2,5 cm naciekający przestrzeń zaotrzewnową oraz boczno tylną ścianę wstępnicy . Pacjentka w czwartej dobie po zabiegu zwolniona do domu w stanie dobrym .

W bad hist pat Adenocarcinoma metastaticum W tkance tłuszczowej wokół guza zatętnienie naczynek krwionośnych .

Pacjentka skierowana do dalszej kontroli onkologicznej .

Guz przerzutowy okolicy wstępnicy



Pacjentka 1.31


Pacjentka diagnozowana od października 2017 roku z powodu zmian w wątrobie - zmiany typu meta w USG z dnia 26 10 2017.

Konsultowana ginekologicznie z powodu guza jajnika prawego .

30 10 2017 TK jamy brzusznej i miednicy . Wątroba powiększona o lekko policyklicznych obrysach z obecnością bardzo licznych , różnej wielkości zmian ogniskowych. Z których niektóre(o mniejszych wymiarach) ulegają silnemu, obrączkowemu wzmocnieniu pokontrastowemu w tętnicznej fazie badania W ogonie trzustki zmiana guzowata sr ok 25 mm w jej obrębie widoczne są zwapnienia. . Guz nie różnicuje się od śledziony jajnik prawy powiększony o wym 40x31 mm .W podbrzuszu po stronie lewej przy przedniej ścianie brzucha, widoczna owalna zmiana sr 12x 13 mm ulegająca silnemu wzmocnieniu pokontrastowemu. W sąsiedztwie w linii pośrodkowej widocznych jest kilka mniejszych struktur o podobnej morfologii Wnioski : Liczne zmiany ogniskowe w wątrobie najpewniej o charakterze meta. Guz ogona trzustki (Tu pierwotny ?, meta ?) Podejrzanie nacieku śledziony. Powiększenie i nieprawidłowa budowa jajnika prawego Dokładna ocena w MRI. Miękkotkankowe zmiany w tkance tłuszczowej przy przedniej ścianie jamy brzusznej – wszczyepy npl?, przerzutowe węzły chłonne ?

15 01 2018 TK jamy brzusznej Wątroba powiększona w linii środkowo – obojczykowej 18 cm . W całej wątrobie widoczne są liczne zmiany ogniskowe, ulegające niejednorodnemu wzmocnieniu kontrastowemu, w fazie wrotnej o niższej gęstości w stosunku do mięszu wątroby. Zmiany częściowo zlewają się ze sobą. W segmencie IV masa wielkości do 68 mm . W segmencie VIII zlewające się ze sobą guzy w obrębie segmentu VIII i VI wątroby. W segmencie III ognisko wielkości do 27 mm . Zmiany mierzone w fazie wrotnej W łączności z ogonem trzustki widoczny jest dość dobrze odgraniczony guz o wym ok 31 x 23 mm , z drobnymi zwapnieniami wpuklający się w obręb wnęki śledziony Zmiana ulega niejednorodnemu, miernemu wzmocnieniu kontrastowemu. Poza tym trzustka w normie.

Śledziona ograniczonej wielkości do ok 12 cm w wymiarze dwubiegunowym, bez zmian ogniskowych. Na wysokości guza ogona trzustki żyła śledzionowa znacznie przewężona, odcinkowo niewidoczne jej światło zakontrastowania. . Obraz nadnerczy i nerek prawidłowy. Macica wielkości prawidłowej w normie, ulega jednorodnemu wzmocnieniu kontrastowemu. W polu prawych przydatków widoczna jest lita masa ulegająca miernemu wzmocnieniu kontrastowemu o wym. 42 x 33 mm której obraz w pierwszej kolejności odpowiada guzowi jajnika. Jajnik lewy w normie . Przy przedniej ścianie jamy brzusznej widocznych jest kilka zmian guzkowych , największa w podbrzuszu po stronie lewej wielkości do 17 mm



24 01 2018 – scyntygrafia receptorowa – wykazano silną ekspresję receptorów dla somatostatyny w zmianach przerzutowych wątroby, mierna ekspresje w guzie jajnika i zmianie w ogonie trzustki.

Okresowe osłabienie nudności i wymioty po posiłkach Narastające dolegliwości bólowe brzucha wymagające leków p bólowych. . Ze względu na podejrzenie drugiego nowotworu i zaawansowanie choroby pacjentka skierowana do laparoskopowej oceny zaawansowania choroby .

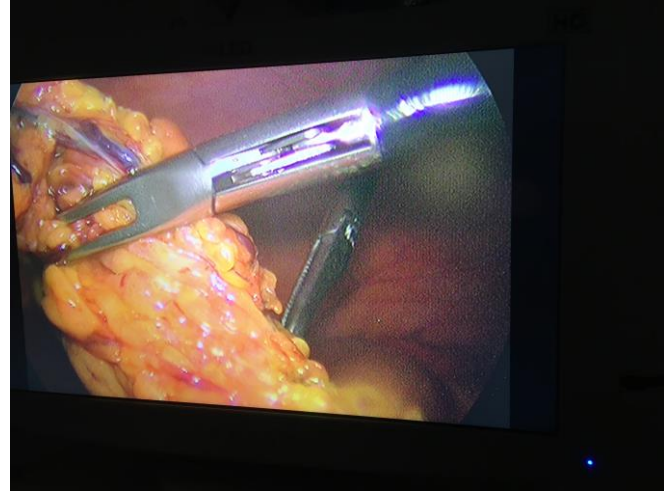
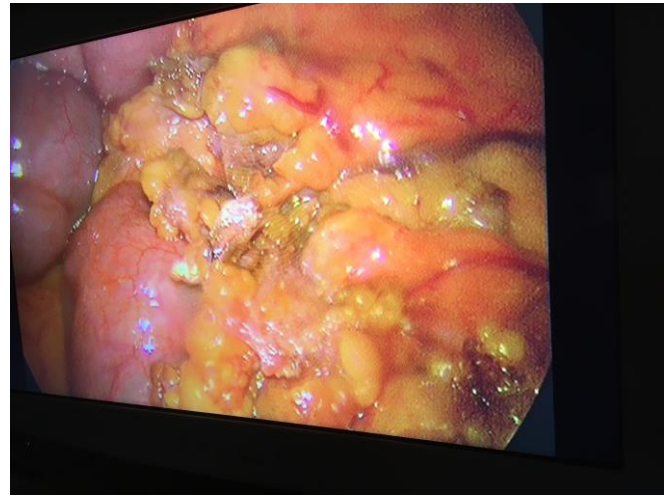
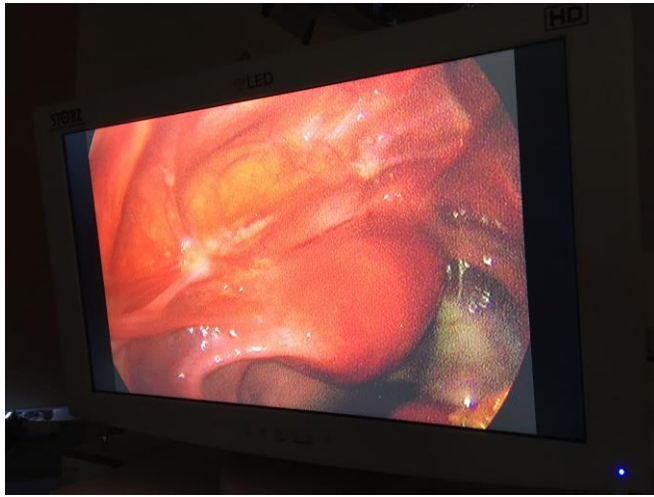
Przyjęta do oddziału chirurgicznego 12 02 2018 . Po zakwalifikowaniu operowana z asystą ginekologa .

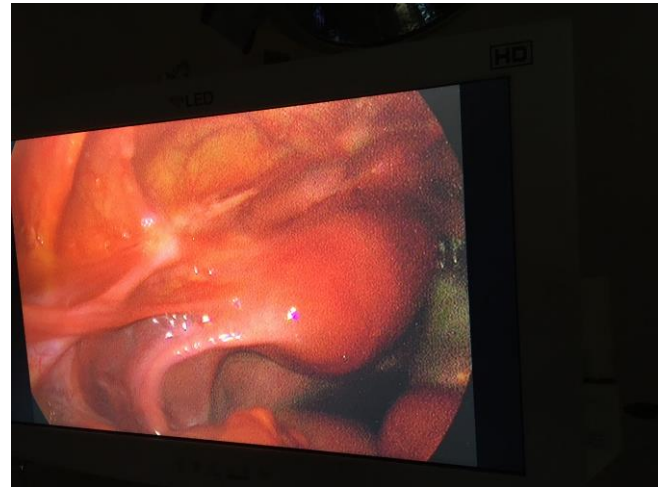
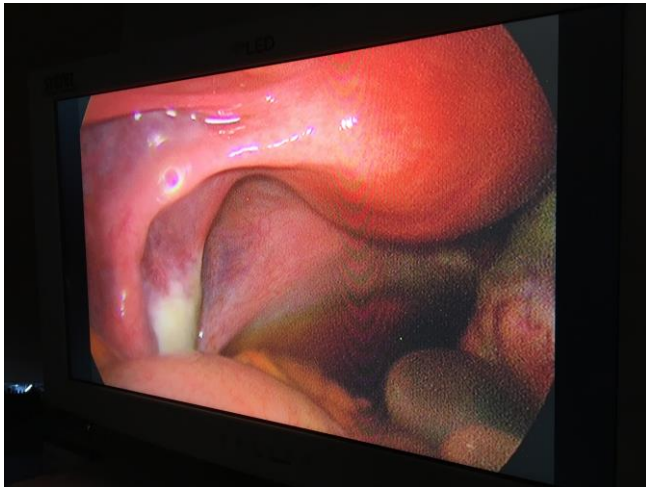
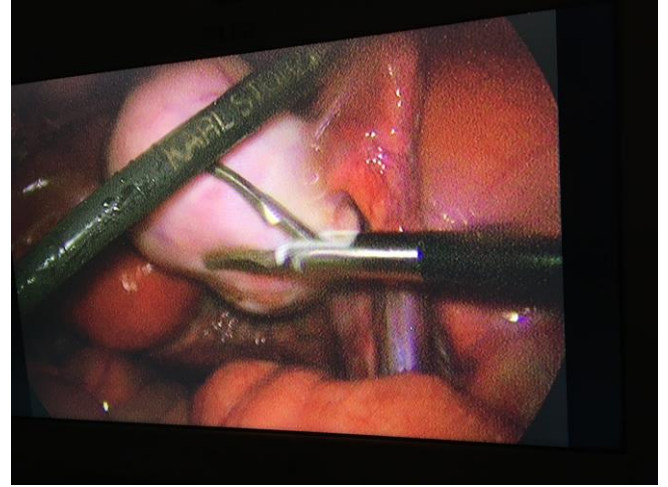
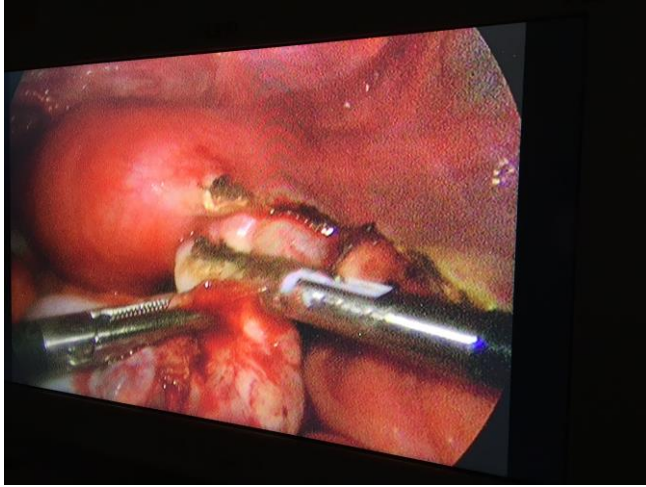
Laparoskopia zwiadowcza . Pobranie wycinków do hist pat . Uwolnienie zrostów otrzewnowych. Wycięcie prawego jajnika z jajowodem. Drenaż jamy otrzewnowej.

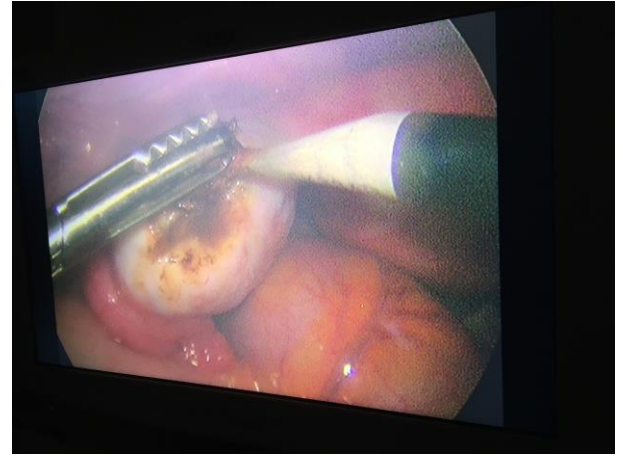
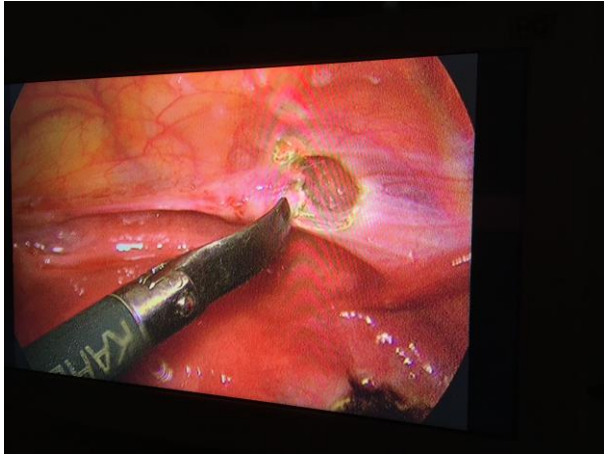
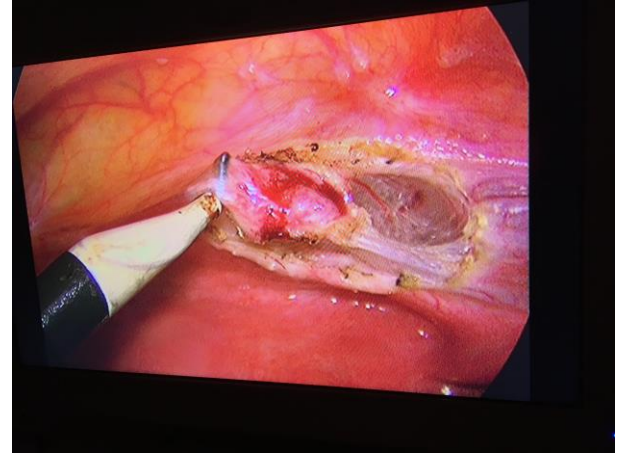
W jamie otrzewnej płyn – pobrano do badania cytologicznego. Widoczne liczne wszczepy w otrzewnej ściennej w miednicy małej w dole Retziusa, w prawym dole biodrowym oraz w sieci. Wątroba z licznymi zmianami przerzutowymi ,różnej wielkości w prawym i lewym płacie, pętłe jelita cienkiego i uwidoczniła okrężnica bez zmian przerzutowych. W podbrzuszu zrosty z siecią, które uwolniono pobierając fragment sieci z guzem przerzutowym do hist pat Ginekolog usunął jajnik prawy z jajowodem – mat do hist pat. . Poza tym pobrano guzy przerzutowe z dołu Retziusa , prawego dołu biodrowego oraz z płatów wątroby do hist pat.

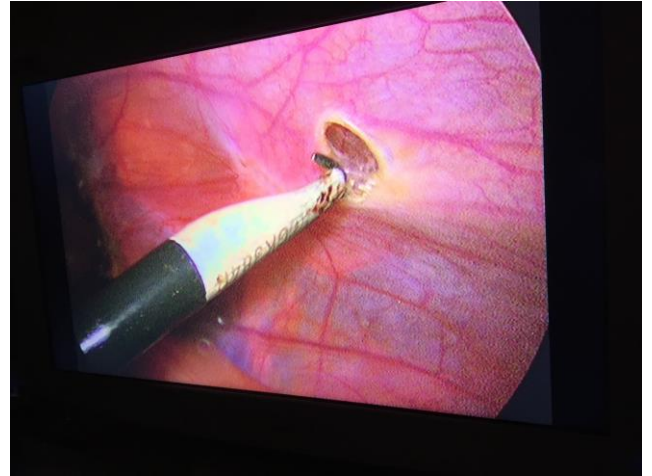
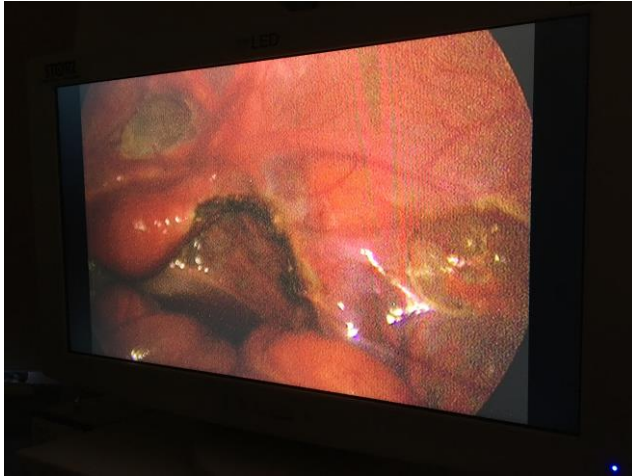
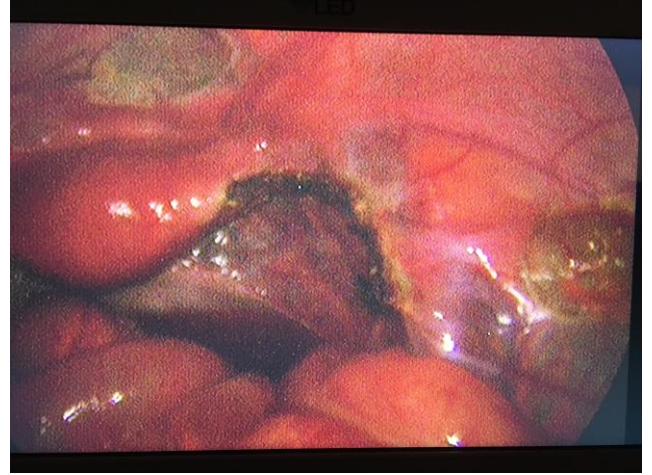
Pacjentka w II giej dobie po zabiegu zwolniona do domu w stanie ogólnym zadawalającym.

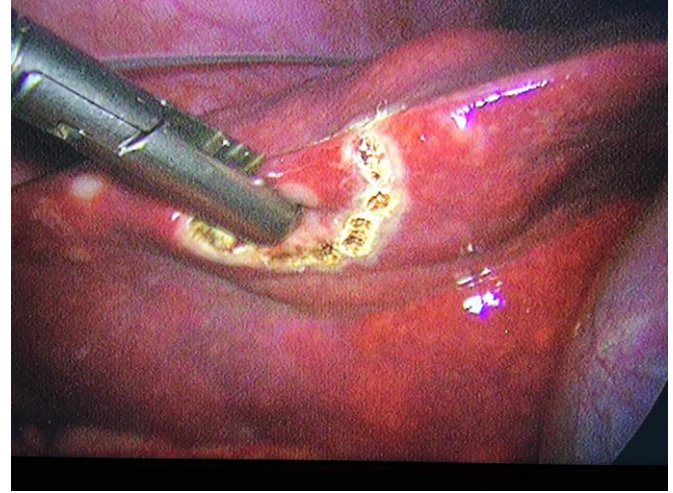
Hist pat – Jajnik prawy Guz neuroendokryny NET G2, wątroba przerzuty guza endokrynnego, Jajnik lewy – brak utkania nowotworowego, Guzki przerzutowe – brak utkania nowotworowego. Płyn z jamy otrzewnej - komórek nowotworowych nie stwierdza się.













Pacjentka I 64

Przyjęta do oddziału chirurgicznego do cytoredukcji rozsiewu nowotworowego raka śluzowego wyrostka robaczkowego.

Pacjentka 2 06 2016 roku operowana - laparotomia stwierdzono galaretowaty płyn w jamie otrzewnej , guzowato zmienione przydatki lewe, pogrubiały, zaczerwieniony wyrostek robaczkowy. Wykonano cytoredukcję guza i usunięto galaretowata treść w badaniu hist pat Low grade appendiceal mucinosus neoplasm et pseudomyxoma peritonei, ovarian cystic mucinous tumor. Pacjentka po zabiegu zakwalifikowana do chemioterapii. Stabilizacja zmian w jamie brzusznej .

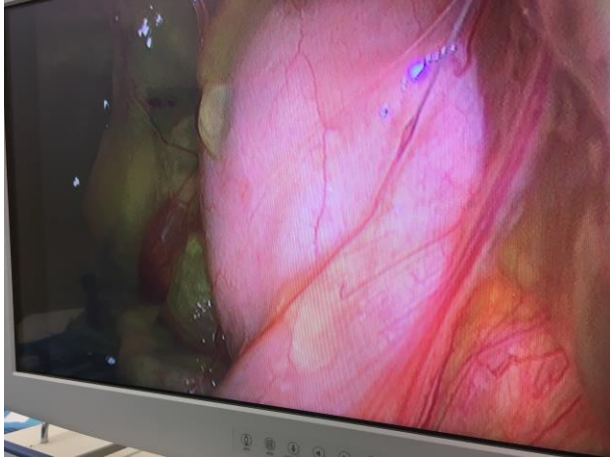
23 08 2017 roku kolejna laparotomia z pobraniem wycinków i usunięciem mas galaretowatych . Odstąpiono od planowanej wcześniej procedury CRS – HIPEC.

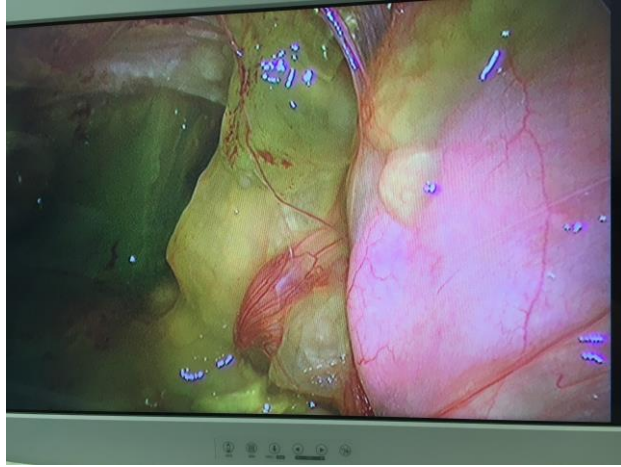
Hist pat – w tkance łącznej przerzuty raka gruczołowego śluzowego oraz pola śluzu

Zakwalifikowana do zabiegu i operowana 12 03 2018 - Laparoscopia diagnostyczna – wprowadzono port 10 mm i laparoskop W jamie otrzewnej bardzo duża ilość gęstego , żółtawo – zielonkawego płynu o konsystencji kisielu ,pokrywającego jelito cienkie na otrzewnej ściennej i trzewnej liczne guzki przerzutowe różnej wielkości wciągające jelito cienkie. Poprzecznicą pokryta różnej wielkości guzkami – próba odessania płynu nieudana. Mikrolaparotomia usunięto ok 5 litrów płynu. Pobrano mat do hist pat .

Hist pat Fragment skóry z rozrostem tkanki włóknistej , płyn białkowy, nieliczne limfocyty.

Po zabiegu pacjentka zwolniona do domu w stanie dobrym w II giej dobie .









Laparoskopia czy laparotomia

- Ciekawe przypadki w chirurgii onkologicznej jamy brzusznej



Dla porównania dwie metody otwarta i laparoskopowa do pobrania wycinków ze zmian nowotworowych .

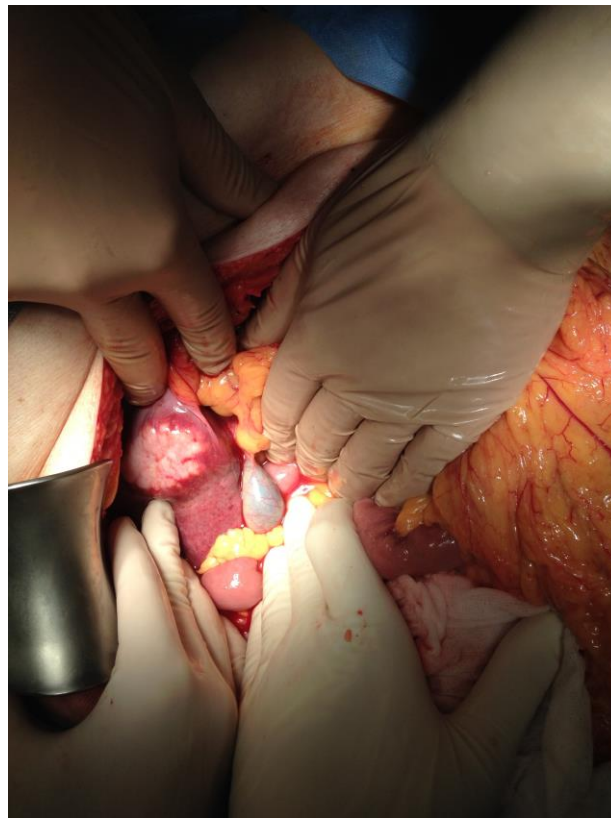
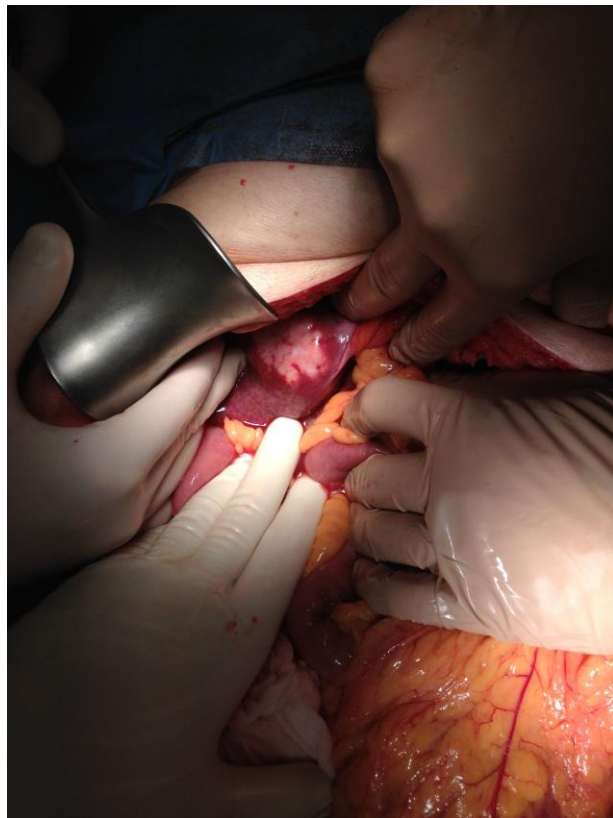
1. Laparoscopia diagnostyczna – pacjent lat 80 , w stanie ogólnym ciężkim z powodu rozsiewu nowotworowego o nieznanym punkcie wyjścia – dzięki laparoskopii możemy pobrać wycinki w najbardziej bezpieczny sposób z miejsc trudno dostępnych - w tym przypadku pacjent przeżył zabieg , nowotwór okazał się pochodzenia trzustkowego .

2. W czasie hemikolektomii prawostronnej z powodu zaciskającego guza kątnicy pobierano wycinki z wątroby – laparotomia .

Laparoskopia diagnostyczna, rozsiew nowotworowy w jamie otrzewnej



Guz nowotworowy - przerzut w wątrobie





Po co ????

W jakim celu ????

- wielka rana brzuszna ,
- powikłania pooperacyjne : oddechowe , infekcyjne ,
- nasilenie rozsiewu nowotworowego
- spadek odporności
- katabolizm
- odległe – przepukliny
- inne



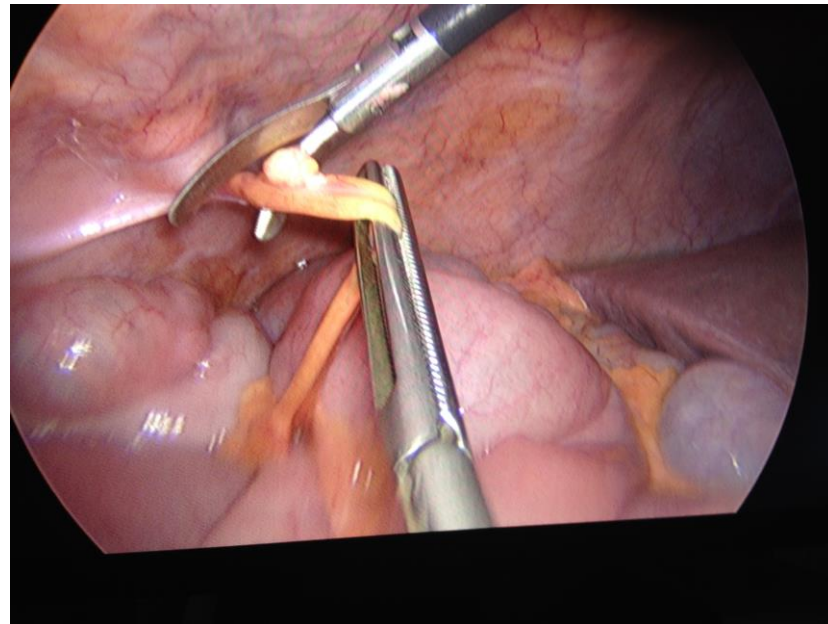
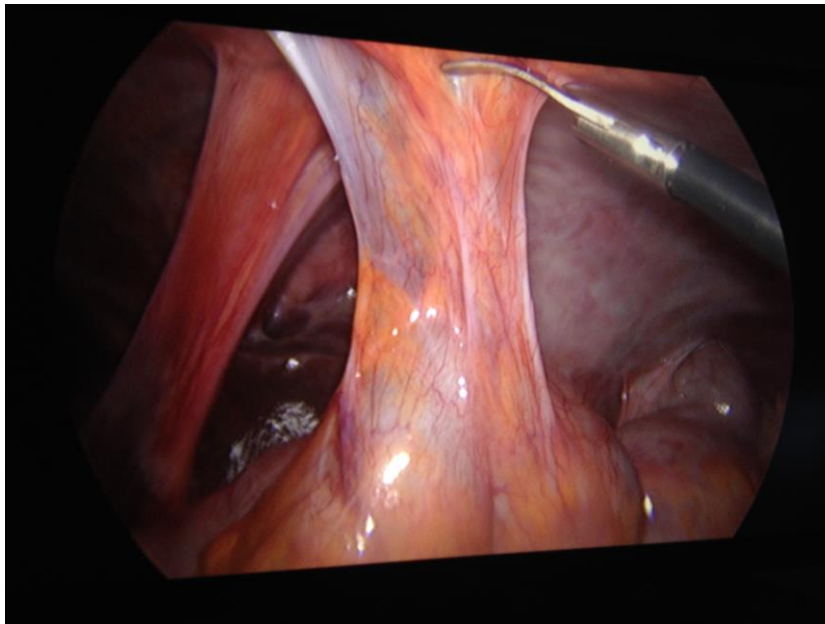
Inne :

3. Pacjent 70 letni 5 miesięcy po resekcji]żoładka z powodu gruczolakoraka . Bóle brzucha , podniedożność .

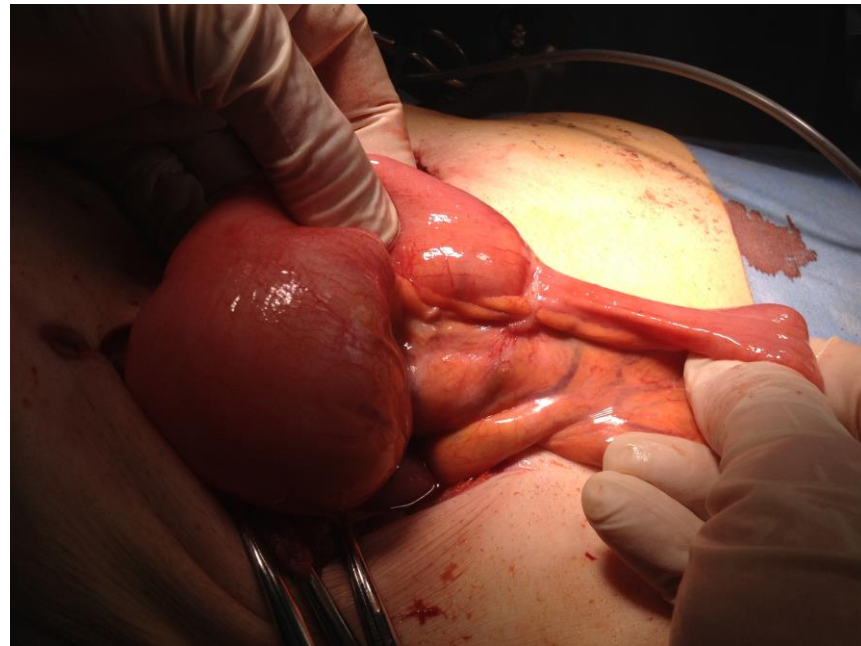
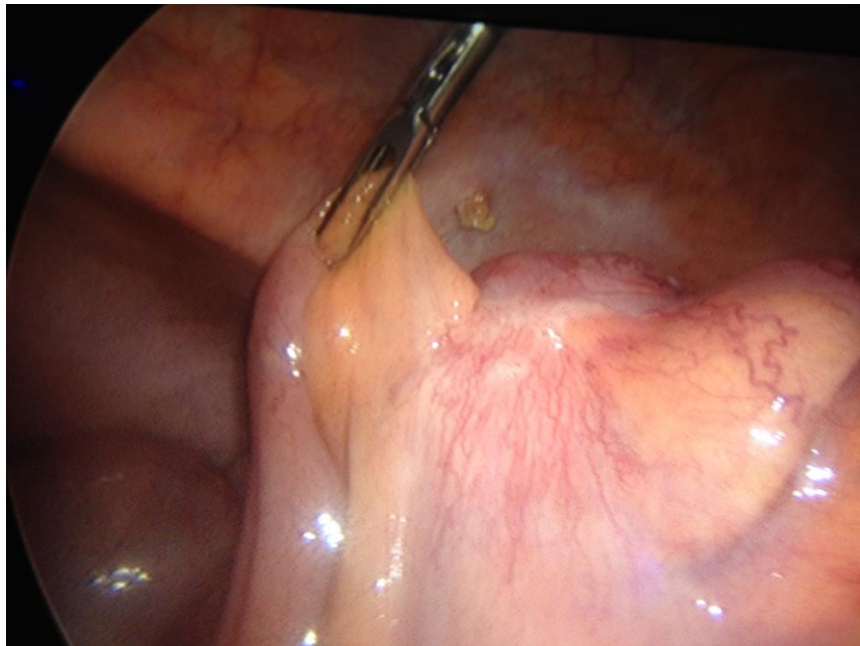
We wcześniejszym badaniu TK jamy brzusznej i miednicy bez rozsiewu nowotworowego , bez powiększonych węzłów chłonnych - laparoscopia diagnostyczna z uwolnieniem zrostów i „odkryciem „ przerzutu nowotworowego do jelita cienkiego z zamknięciem jego światła .

Mikrolaparotomia – resekcja zmiany z częścią jelita , zespolenie jelitowe . Pacjent po kilku dniach w stanie dobrym zwolniony do domu.

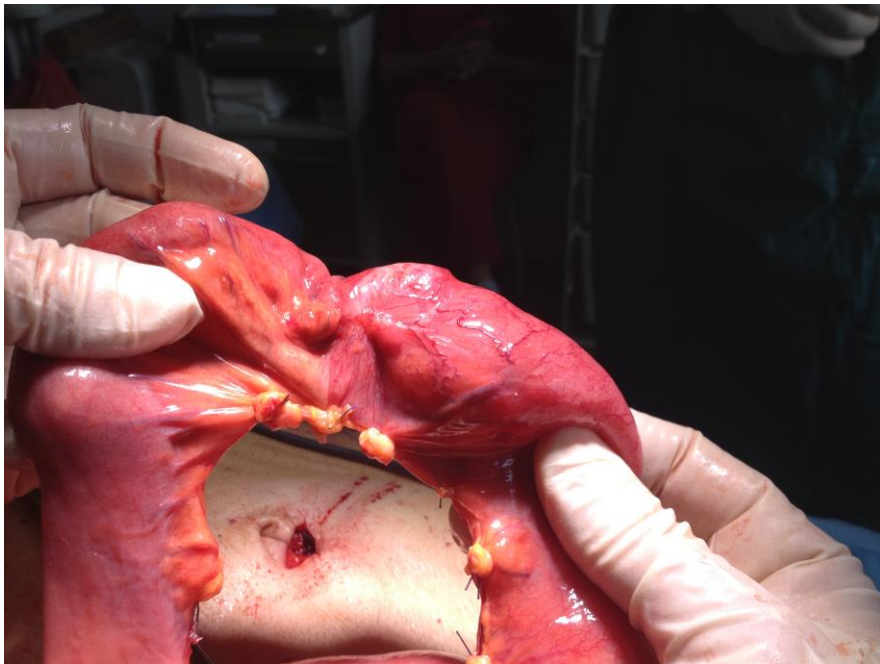
Laparoskopia diagnostyczna w niedrożności nowotworowej



Laparoskopia diagnostyczna w niedrożności nowotworowej



Laparoskopia diagnostyczna w niedrożności nowotworowej



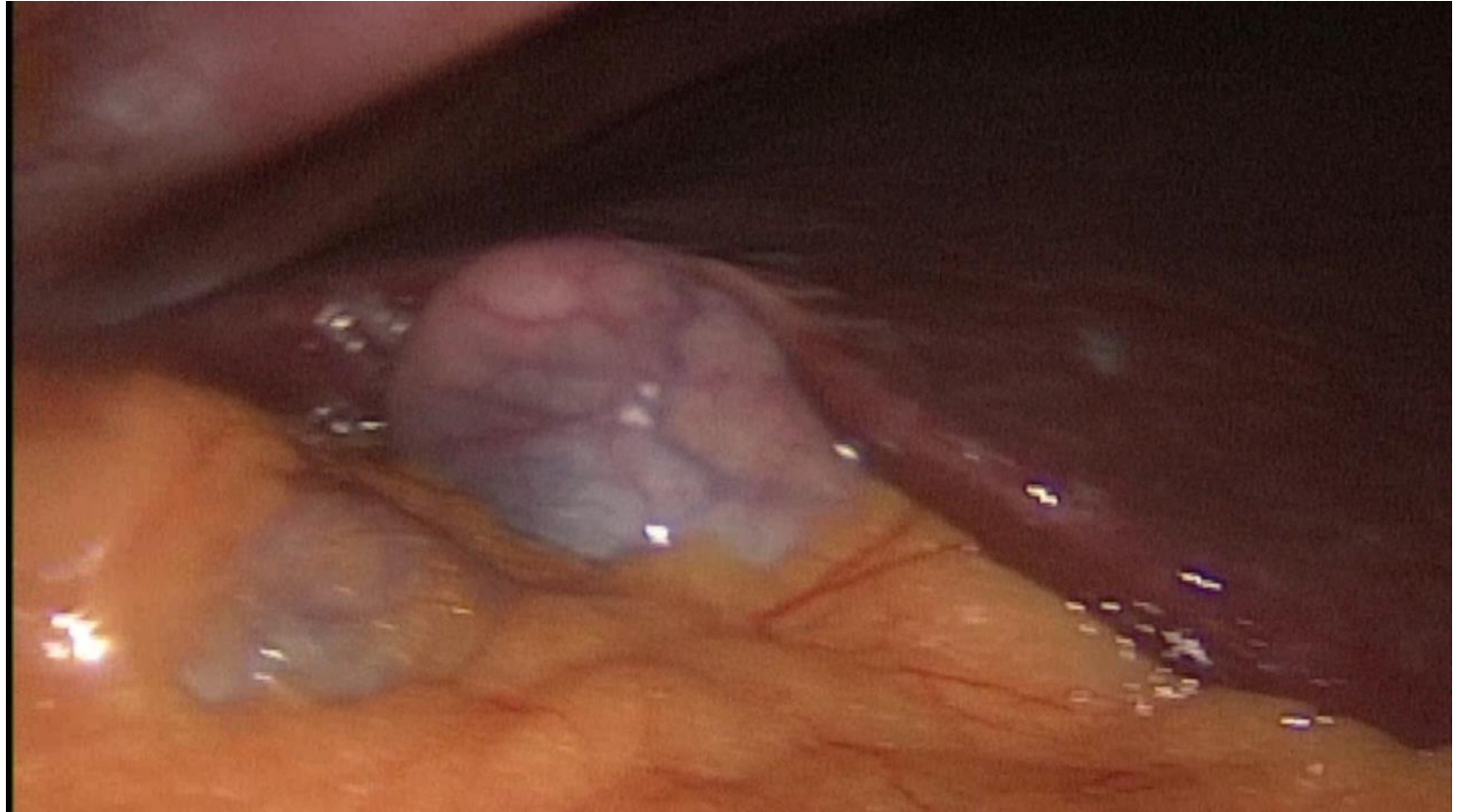


Inne :

4. Relaparoskopia u pacjentki z ropniem zatoki Douglasa po wykonanej wcześniej laparoskopii diagnostycznej i appendektomii – tu prawdopodobnie zapalenie jajnika prawego jako wyjściowa choroba , odczynowe zapalenie wyrostka robaczkowego i następnie ropień.

Nadal w wielu oddziałach w przypadku rozsiewu nowotworowego tzw laparotomia zwiadowcza jest najczęściej wykonywanym zabiegiem .

Relaparoskopia, ropień zatoki Douglasa, stan po apendektomii laparoskopowej





Inne :

5. Pacjent 75 letni diagnozowany od 18 tu miesięcy przez hematologów z powodu małopłytkowości, stan pacjenta przez ten okres stale się pogarszał . Nasilała się niewydolność krążenia oraz dolegliwości bólowe brzucha. Przez ten okres poza USG w Por Rej i badaniem krwi bez diagnostyki .

W badaniach dodatkowych zmiana opisywana w USG jako guz trzustki . Wykonana tomografia opisywała niehomogenną zmianę w okolicy więzadła wątrobowo – dwunastniczego z naciekiem na żyłę główną dolną tej okolicy - zmiana sr ok 5 cm . Poza tym bez rozsiewu w jamie otrzewnej. Pacjent obciążony licznymi schorzeniami oraz niewydolnością serca

Laparoskopia diagnostyczna – pobrano wycinki z licznych zmian w otrzewnej . Zwolniony do domu w stanie zadowolającym . Hist pat – chłoniak . Pacjent nie zdążył otrzymać adekwatnej chemioterapii zmarł 2 tyg po otrzymaniu wyniku hist pat .

Rozsiew nowotworowy w jamie otrzewnej





Podsumowanie:

- **Laparoskopia jest doskonałym instrumentem w leczeniu chorób nowotworowych .
Poprawia jakość tych zabiegów , ich zakres onkologiczny i czystość onkologiczną .
Pozwala na łatwiejszy dostęp do miejsc wcześniej eksplorowanych przez ogromne rany operacyjne.**
- **Laparoskopia pozwala na szybsze diagnozowanie pacjentów , pobieranie materiału do badania hist pat i w końcu skutecznego leczenia chemio czy radioterapią .**
- **Powikłania po zabiegach są zdecydowanie mniejsze niż po zabiegach drogą tradycyjną .**
- **Rekonwalescencja po zabiegach laparoskopowych jest zdecydowanie szybsza do czego przyczynia się nie tylko mniejsza utrata krwi ale przede wszystkim mniejszy uraz tkankowy.**
- **Szybki powrót do zdrowia to przede wszystkim szybsze włączenie leczenia onkologicznego i w związku tym bardziej skuteczne leczenie pacjenta z nowotworem.**



Dziękuję za uwagę