

УДК 618.16-006.6-089

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ ЛИМФАДЕНОЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ВУЛЬВЫ

Р.Ш. Шалбаева, М.Р. Кайрбаев

Представлена лапароскопическая тазовая лимфодиссекция у пациенток раком вульвы с негативным статусом пахово-бедренных лимфоузлов, что позволяет избежать сверхлечения.

Ключевые слова: рак вульвы; лапароскопическая тазовая лимфаденоэктомия.

LAPAROSCOPIC PELVIC LYMPHADENECTOMY IN VULVAL CANCER

R.Sh. Shalbaeva, M.R. Kayrbaev

Article presents the laparoscopic pelvic lymph node dissection in patients of vulval cancer with negative status of inguinal and femoral lymph nodes that allow to avoid unnecessary overtreatment.

Keywords: vulval cancer; laparoscopic pelvic lymphadenectomy.

Актуальность. Рак вульвы является сравнительно редким онкологическим заболеванием у женщин. Среди онкогинекологических заболеваний рак вульвы (РВ) составляет всего от 2 до 4 % [1]. Заболеваемость относительно высокая в развитых странах мира. До сих пор не существует единого подхода к хирургическому лечению РВ [2]. Учитывая высокую запущенность опухолевого процесса при первичном поступлении, пятилетняя выживаемость при РВ остается невысокой и составляет 40–45 % для всех стадий [1]. При начальных стадиях и проведении адекватного хирургического лечения можно достичь 70–80 % выживаемости [1, 3].

При распространенном опухолевом процессе, когда имеются метастазы в тазовые, подвздошно-бедренные лимфоузлы, лечение значительно затруднено и прогноз болезни обычно неблагоприятный. Лечебная тактика может включать как традиционные открытые, так и эндоскопические или лапароскопические хирургические методы [4].

Несмотря на то, что впервые эндоскопическую операцию по стадированию рака путем изучения состояния тазовых лимфатических узлов выполнил во Франции в 1986 г. D. Dargent, до сегодняшнего дня лапароскопическая хирургия широкого применения в онкологии не нашла. Использование лапароскопической хирургии в онкогинекологии ограничено в связи с вероятным увеличением риска диссеминации опухолевого процесса. Кроме того, применение при наложении пневмоперитонеума углекислого газа также может способствовать рассеиванию раковых клеток.

Лапароскопический доступ имеет целый ряд существенных преимуществ перед традиционным: он обеспечивает лучшую визуализацию операционного поля за счет достаточного освещения и оптического увеличения, позволяет лучше дифференцировать границы тканей, проводить прицельную биопсию, тщательнее осуществлять остановку кровотечения, меньше травмировать окружающую ткань. В то же время лапароскопия является в определенной степени “виртуальной” хирургией, которая практически полностью зависит от правильной работы аппаратуры [5].

Цель исследования – изучить возможность лапароскопической тазовой лимфодиссекции у больных раком вульвы.

Материал и методы исследования. Исследование проспективное, охватывало когорту больных (n = 19) раком вульвы за период с 2009 по 2014 г. Критериями для включения в исследование были пациентки раком вульвы II–IV стадий, которым после радикальной вульвоэктомии в регионарных лимфоузлах были проведены исследования на наличие или отсутствие метастазов болезни.

Были оценены следующие характеристики: средний возраст, техника оперативного вмешательства – лапароскопическая лимфодиссекция, доступ – трансперитонеальный, патоморфологическое исследование лимфоузлов методом замороженных срезов, характер метастатического поражения (одностороннее, ипсилатеральное или двухстороннее, билатеральное), подсчет и маркировка лимфоузлов, подлежащих хирургическому удалению.

Лечение было проведено в отделении онкогинекологии КазНИИОиР.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток раком вульвы составил 68,5 года. Нами был использован чрезбрюшинный доступ, позволяющий полностью осмотреть брюшную полость. Диссекция наружных лимфоузлов включала удаление следующих групп лимфоузлов:

1. Латеральные наружные, расположенные между поясничной мышцей и наружной подвздошной артерией; их небольшое количество. Лимфоузел в этой цепочке чаще всего определяется в дистальном положении.

2. Промежуточные наружные подвздошные, расположенные между наружной подвздошной веной и артерией или кпереди от наружной подвздошной вены. Лимфоузлы этой цепочки не всегда удается найти.

3. Медиальные наружные подвздошные лимфоузлы, расположенные между наружной подвздошной веной и запирающей ножкой. Это основная цепочка наружных подвздошных лимфоузлов с большим числом постоянно выявляемых лимфоузлов. После диссекции наружных подвздошных лимфоузлов удалялись другие цепочки лимфоузлов, включая внутренние, общие подвздошные и латеральные аортальные (поясничные).

В нашем исследовании количество удаленных лимфоузлов варьировало от 7 до 21 с каждой стороны, среднее количество пораженных метастатических лимфоузлов составило 6.

Из 19 пациентов с положительными пахово-бедренными лимфоузлами при тазовой лимфаденэктомии в 4 случаях (21,05 %) были обнаружены метастазы. При этом в одном случае эти метастазы были билатеральными, а в 3-х случаях метастатические поражения были односторонними.

В послеоперационном периоде осложнения не развились. Никаких задержек в лечении, в плане адьювантных методов, в дальнейшем не было.

Применение лапароскопической лимфодиссекции тазовых лимфатических узлов у пациенток раком вульвы с пахово-бедренными узлами с негативным статусом позволило нам избежать сверхлечения, т. е. дальнейшего неоправданного использования лучевой терапии у 15 из 19 больных (78,95 %). Также таким пациентам в последующем может не понадобиться назначение адьювантной химиотерапии.

Таким образом, минимальная инвазивная техника должна быть полностью и четко оценена в последующих крупных исследованиях.

Рак вульвы является относительно редкой разновидностью гинекологического рака в Казахстане. Тем не менее, лечение рака вульвы представляет очень большие трудности. Связано это с техникой оперативных вмешательств, многообразием подходов, доступов и наличием высокотехнологического оборудования. Использование лапароскопического метода в хирургическом лечении рака вульвы имеет хорошие перспективы.

Хирургическое эндоскопическое лечение рака вульвы трансперитонеальным доступом при метастазах в малый таз является оптимальным методом лечения. В отличие от традиционного открытого хирургического способа или внебрюшинного лапароскопического метода, трансперитонеальный метод позволяет подробно визуализировать все анатомические структуры малого таза. Снижение инвазивности метода способствует меньшей частоте инфекционных осложнений, следовательно, меньшему сроку госпитализации. Все это способствует широкому внедрению лапароскопического метода лимфодиссекции таза при раке вульвы.

Литература

1. *Alkatout I., Schubert M., Garbrecht N. et al.* Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options // *Int J Womens Health.* 2015. V. 20 (7). P. 305–13.
2. *Hacker N.F.* Vulvar cancer // In: Berek J.S., Hacker N.F. ed. *Practical Gynecologic Oncology.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. P. 553–596.
3. *Jackson K.S., Fankam E.F., Das N. et al.* Unilateral groin and pelvic irradiation for unilaterally node-positive women with vulvar carcinoma // *Int J Gynecol Cancer.* 2006. V. 16 (1). P. 283–7.
4. *Klemm P., Marnitz S., Köhler C. et al.* Clinical implication of laparoscopic pelvic lymphadenectomy in patients with vulvar cancer and positive groin nodes // *Gynecol Oncol.* 2005. V. 99 (1). P. 101–5.
5. *van der Velden J., Hacker N.F.* Update on vulvar carcinoma. In: Rothenberg M.L., ed. *Gynecologic Oncology: controversies and new development.* Boston: Kluwer, 1994. P. 101–1.