

EMILIA TUPACZ-MOSAKOWSKA¹, DARIUSZ WYDRA¹,
ANNA ABACJEW-CHMYŁKO¹

IZOLOWANY PRZERZUT RAKA TRZONU MACICY W BLIŹNIE PO TROKARZE – OPIS PRZYPADKU

ISOLATED PORT-SITE METASTASIS ENDOMETRIAL CANCER – A CASE REPORT

¹Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: dr hab. med. Dariusz Wydra

Obecność przerzutów w bliźnie po trokarze jest opisywana po operacjach laparoskopowych zarówno nieginekologicznych, jak i ginekologicznych. W raku trzonu macicy szacuje się je na około 1-2%. Podczas ponad 120 operacji wykonanych drogą laparoskopii w raku trzonu macicy w Klinice Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej w Gdańsku, przerzut do bliźny po trokarze zaobserwowano po raz pierwszy. Poniżej opisany przypadek dostarcza informacji o potencjalnym ryzyku względnie bezpiecznych zabiegów laparoskopowych, możliwym przy niskim zaawansowaniu raka endometrialnego trzonu macicy oraz dostarcza informacji o metodach zapobiegania tym rzadkim powikłaniom.

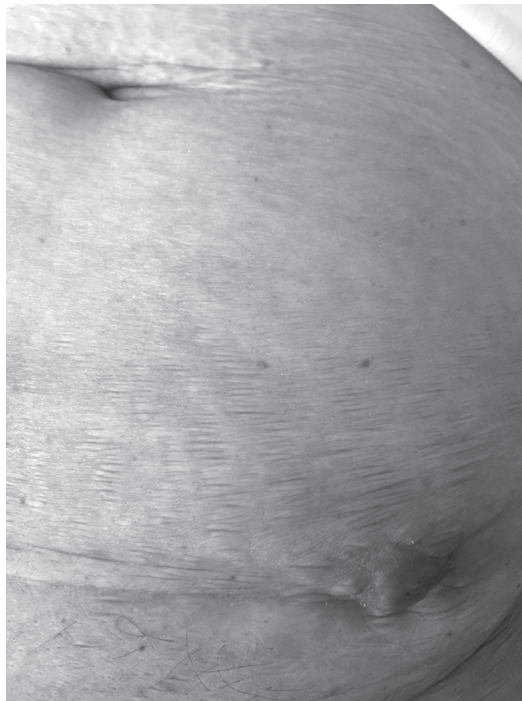
W związku z rozwojem technik małoinwazyjnych, rak błony śluzowej trzonu macicy, który jest najczęstszym nowotworem złośliwym żeńskich narządów płciowych w krajach wysoce rozwiniętych, coraz częściej leczony jest operacyjnie drogą laparoskopii. Rak trzonu macicy jest zaliczany do najlepiej rokujących złośliwych nowotworów narządów płciowych kobiet, charakteryzuje się wysoką przeżywalnością 5 letnią utrzymującą się na poziomie 75-80% [3, 7]. Histopatologiczny typ endometrialny raka trzonu macicy charakteryzuje się niską agresywnością, niską tendencją do przerzutowania oraz długim okresem wolnym od choroby, w porównaniu do typu surowiczego czy jasnokomórkowego. Podstawą leczenia raka trzonu macicy jest chirurgiczne usunięcie macicy z przydatkami. W przypadku występowania niekorzystnych czynników rokowania, leczenie to powinno być rozszerzone o usunięcie węzłów chłonnych miedniczych i przyaortalnych. Wymienioną procedurę operacyjną wykonuje się przez otwarcie jamy brzusznej (*total abdominal hysterectomy* – TAH), ale aktualnie rekomendowaną metodą jest laparoscopia (*total laparoscopic hysterectomy* – TLH). Obecnie preferowane są techniki małoinwazyjne, rekomendowane przez: *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), *European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO) i *European Society for Radiotherapy and Oncology* (ESTRO). Pierwszą operację całkowitego laparoskopowego usunięcia macicy z usunięciem węzłów chłonnych wykonali Childers i Surwit w 1992 roku [1].

TLH jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia pacjentek z rakiem trzonu macicy. Wyniki wskazują, że uraz chirurgiczny, który jest związany z tą metodą jest znacznie łagodniejszy w porównaniu do laparotomii. TLH wiąże się także ze skróconą hospitalizacją, skróconym czasem rekonwalescencji, mniejszą utratą krwi, mniejszą koniecznością transfuzji krwi w trakcie i po zabiegu operacyjnym, mniej nasilonymi dolegliwościami bólowymi, rzadszą koniecznością reoperacji chociażby z powodu powikłań niż tradycyjna TAH.

Obecność przerzutów w bliźnie po trokarze jest opisywana po operacjach laparoskopowych zarówno nieginekologicznych, jak i ginekologicznych. W raku trzonu macicy szacuje się je na około 1-2%, podczas, gdy u chorych z zaawansowanym rakiem jajnika po diagnostycznej laparoskopii kształtuje się na poziomie około 20%. Podczas ponad 120 operacji wykonanych drogą laparoskopii w raku trzonu macicy w Klinice Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej w Gdańsku, przerzut do bliźny po trokarze zaobserwowano po raz pierwszy. Poniżej opisany przypadek dostarcza informacji o potencjalnym ryzyku względnie bezpiecznych zabiegów laparoskopowych, możliwym przy niskim zaawansowaniu raka endometrialnego trzonu macicy oraz dostarcza informacji o metodach zapobiegania tym rzadkim powikłaniom.

65 letnia chora została przyjęta do Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej w Gdańsku w styczniu 2017 r. z powodu rak trzonu macicy (adenocarcinoma endometrioides grade 1/2, fenotyp: ER+, p16+) celem leczenia operacyjnego. Diagnostyczne wyłuszczenie wykonano w ośrodku powiatowym z powodu krwawień pomenopauzalnych. Chora obciążona była niedoczynnością tarczycy (przyjmowała Euthyrox 150/137 mcg). W wywiadzie zgłosiła: wyluszczenie mięśniaka macicy (1999 r.), laparoskopowe usunięcie pęcherzyka żółciowego (2009 r.) oraz usunięcie polipa szyjkowego (12.2016 r.). W wywiadzie rodzinnym występowały: rak płuc u ojca, niedoczynność tarczycy u siostry. Pierwsza miesiączka pojawiła się w 12 roku życia, ostatnia w 56 roku życia. Miesiączkowała regularnie co 28 dni, krwawienia trwały 5 dni, były niebolesne, obfite. Rodziła dwukrotnie, drogami i siłami natury. Ostatnie badanie mammograficzne wykonała w październiku 2016 r., uzyskując wynik prawidłowy. W badaniu ginekologicznym przy przyjęciu poza mierną ilością świeżej krwi w pochwie nie stwierdzono innych odchyśleń od normy. W badaniu ultrasonograficznym trzon wydawał się być zmieniony mięśniakowato o wymiarach 41 x 43 mm (w ścianie przedniej znajdowały się dwie zmiany mogące odpowiadać mięśniakom średnicy 18 mm oraz 10 mm), endometrium było niejednorodne, szerokości 9 mm. BMI chorej było na poziomie 36 kg/m². W kontrolnym badaniu radiologicznym klatki piersiowej przed zabiegiem operacyjnym nie stwierdzono zmian patologicznych. Chorą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego drogą laparoskopii. W trakcie 95 minutowego zabiegu, drogą czterech trokarów (10 mm optyczny port wprowadzono przez pępek oraz 2 porty 5 mm nadłonowo i jeden 5 mm w linii środkowo obojczykowej na wysokości pępka), po uprzednim skoagulowaniu ujść macicznych jajowodów i pobraniu popłuczyn do badania cytologicznego, usunięto macicę z przydatkami oraz węzłami chłonnymi wartowniczymi zasłonowymi obustronnie. Przez lewy otwór po trokarze wyprowadzono dren Redona. Trokary pomocnicze usunięto po odprowadzeniu odmy przez pępkowy port. Wszystkie rany po portach zostały przemyte kodonem. Śródoperacyjnie po przecięciu macicy poza polem operacyjnym nie stwierdzono makroskopowego nacieku. W ostatecznym wyniku histopatologicznym uzyskano dobrze zróżnicowanego endometroidalnego raka błony śluzowej trzonu macicy (*carcinoma endometrioides G1 endometrii*), naciek zajmował wewnętrzną połowę trzonu macicy oraz znajdował się w ścianie ujścia wewnętrznego szyjki macicy, naciekając zrąb szyjki macicy na głębokość 1mm (ER+, p16+/-, p53+ w pojedynczych komórkach), oraz w błonie śluzowej kanału i na tarczy szyjki macicy. Nie stwierdzono inwazji naczyniowej. Węzły chłonne (sześć węzłów) były wolne od przerzutów raka (FIGO IIA). Decyzją konsylium onkologicznego chorą zakwalifikowano do radioterapii w Klinice On-

kologii w Gdańsku (50 Gy IMRT oraz 10 Gy BT). W trakcie radioterapii chora zgłaszała pieczenie przy mikcji, w badaniu ogólnym moczu stwierdzono krwinkomocz, a w posiewie moczu wyhodowano bakterie *Escherichia coli* 10.000 cfu/ml. Zastosowano celowaną antybiotykoterapię (Ciprofloksacyna 500 mg 2x1 tabletkę przez 5 dni). Po 3 tygodniach od zakończenia radioterapii chora zaobserwowała zmianę w rzucie blizny po lewym trokarze, powiększającą się, którą nakłuto w SOR w Olsztynie, wykluczając torbiel plynową. Z uwagi na powiększanie się zmiany chorą ponownie przyjęto do Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej celem diagnostyki. Ultrasonograficznie potwierdzono zmianę o charakterze naciekającym o wymiarach 20 x 15 x 18 mm oraz dodatkową zmianę w pępku o wymiarach 12 x 13 x 7 mm. Chorą zakwalifikowano do operacyjnego usunięcia zmian. Usunięto zmianę w dniu pępka (która pojawiła się na kilka dni przed zabiegiem) oraz około 5 cm guz w bliźnie po lewym trokarze z fragmentem powięzi i fragmentem nacieczonej otrzewnej. Wynik histopatologiczny ww zmian potwierdził przerzuty raka trzonu macicy (ER+, CK7+, CK20-, Wimentyna -/+, CDX-2-). W tomografii komputerowej miednicy mniejszej i jamy brzusznej stwierdzono węzły chłonne podprzeponowo, przyaortalnie do 9 mm, we wnętrzu płuca prawego do 1,5 cm oraz guzek w tkance podskórnej powłok brzusznych po stronie prawej do 8 mm. Chorą decyzją konsylium onkologicznego zakwalifikowano do chemioterapii. Zaplanowano sześć cykli chemioterapii co 21 dni w schemacie taxol-karboplatyna (175 mg/m²) z oceną badaniem obrazowym skuteczności leczenia po 3 cyklach chemioterapii.



Rycina 1. Guz w bliźnie po lewym trokarze

Figure 1. Isolated port-site metastasis endometrial cancer

DYSKUSJA

Przerzuty do blizny po trokarze są rzadkimi, potencjalnymi powikłaniami po zabiegach laparoskopowych w raku trzonu macicy. Przerzuty w wyżej opisanym przypadku pojawiły się po mniej niż 6 miesiącach od pierwotnego zabiegu operacyjnego. W trakcie ponad 120 zabiegów laparoskopowych w raku trzonu macicy wykonanych w Klinice Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej w Gdańsku od 2013 r. wyżej opisany przypadek przerzutów raka do blizny po trokarze wystąpił pierwszy raz (0,8%). Pierwszy przypadek na świecie przerzutu do blizny po trokarze został opisany w 1997 r. przez Kadar i wsp. [2]. Do 2011 r. Palomba i wsp. opisali 9 przypadków przerzutów raka błony śluzowej trzonu macicy do blizny po trokarze [8]. Lonnerfors i wsp. opisali 4 przypadki, ale tylko jeden dotyczył raka endometroidalnego, pozostałe dotyczyły raka jasokomórkowego oraz mięsaka raka [4]. Podobnie do ww opisanego przypadku Nguyen i wsp. opisali przypadek przerzutu do blizny po trokarze u pacjentki leczonej TLH z usunięciem przydatków, limfadenectomią miedniczą I przyaortalną oraz brachyterapią uzupełniającą (FIGO IB endometrial cancer G3) [6].

Etiologia przerzutów raka błony śluzowej trzonu macicy do blizny po trokarze jest nadal niewyjaśniona. Do czynników zwiększających ryzyko rozprzestrzeniania się komórek raka mogą należeć: częste wymienianie narzędzi przez porty oraz w skutek wysokiego ciśnienia w jamie brzusznej utworzenie tzw. „efektu komina” i wszczepianie się komórek raka w miejsce wytworzonego portu. Ponadto, miejsca po portach i nacięciach otrzewnej zbudowane są przez komórki o szybkim potencjale przemian i zarazem tworzące „płodne” podłoże dla komórek raka. Wśród potencjalnych czynników tego powikłania wymienia się obecność wodobrzusza oraz zaawansowanie kliniczne.

Zgodnie z powyższym powinno się dążyć do ograniczenia uszkodzenia tkanek powłok brzusznych oraz wielokrotności wymiany narzędzi przez porty. Każdorazowo nowo wprowadzane narzędzie powinno być przemyte 5% jodo-powidonem, a odma powinna być odprowadzona przed usunięciem trokarów. Dodatkowo skóra powinna być przemyta 5% jodopowidonem przed zszyciem wszystkich ran [5].

Do tej pory opisano 23 przypadki przerzutów raka trzonu macicy do blizny po trokarze, powyżej opisany przypadek zwraca uwagę, że nawet przy niskim zaawansowaniu raka endometrialnego trzonu macicy istnieje ryzyko wznowy w bliznie po trokarze i należy przyjąć metody zapobiegające tym rzadkim powikłaniom.

PIŚMIENNICTWO

1. Childers J. M., Surwit E. A.: Combined laparoscopic and vaginal surgery for the management of two cases of stage I endometrial cancer. *Gynecol. Oncol.* 1992, 45, 1, 46. – 2. Kadar N.: Port-site recurrences following laparoscopic operations for gynaecological malignancies. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1997, 104, 11, 1308. – 3. Krajowy Rejestr Nowotworów [Dokument elektroniczny] www.onkologia.org.pl [dostęp: 5.03.2018.]. – 4. Lönnerfors C., Bossmar T., Persson J.: Port-site metastases following robot-assisted laparoscopic surgery for gynecological malignancies. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2013, 92, 12, 1361. – 5. Mautone D., Dall'asta A., Monica M., Galli L., Capozzi V. A., Marchesi F., Giordano G., Berretta R.: Isolated port-site metastasis after surgical staging for low-risk endometrioid endometrial cancer: a case report. *Oncol. Lett.* 2016, 12, 1, 281. – 6. Nguyen M. L., Friedman J., Pradhan T. S., Pua T. L., Tedjarati S. S.: Abdominal wall port site metastasis after robotically staged endometrial carcinoma: a case report. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2013, 4, 7, 613. – 7. Nowotwory trzonu macicy / red. nauk. M. Bidziński. Warszawa : Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, 2011. – 8. Palomba S., Falbo A., Oppedisano R., Russo T., Zullo F.: Isolated post-site metastasis after laparoscopic surgery for endometrial cancer: a case report. *Gynecol. Oncol. Case Rep.* 2012, 2, 1, 16.

E. Tupacz-Mosakowska, D. Wydra, A. Abacjew-Chmyłko

ISOLATED PORT-SITE METASTASIS ENDOMETRIAL CANCER – A CASE REPORT

SUMMARY

The port-site metastasis is described after both non-gynecological and gynecological laparoscopic surgery. In endometrial cancer, it is estimated at 1-2%. In over 120 laparoscopic operations in uterine endometrial cancer performed at the Department of Gynecology and Gynecologic Oncology in Gdansk, the isolated port-site metastasis has been observed for the first time. The below described case provides information on the potential risks of relatively safe laparoscopic procedures, possible in low endometrial cancer, and provides information on methods applied to prevent these rare complications.

Adres: lek. med. Emilia Tupacz-Mosakowska
Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Kliniczna 1a, 80-402 Gdańsk
e-mail: emilia.tupacz@wp.pl