



Anna Lepistö

Virheetön TME – peräsuolisyöpäkirurgin tavoite ja täyttymys

Merkittävin kirurginen saavutus peräsuolisyövän hoidossa julkaisiin 32 vuotta sitten, kun Richard ”Bill” Heald osoitti TME-tekniikan (totaalinen mesorektaalieksisio) suotuisan vaikutuksen paikallisuusimariskiin ja eloonjäämisennusteeseen (1). Täydellisen TME:n saavuttaminen, missä kalvomainen mesorektaalifaskia on virheettömän ehjä (**KUVA**), ei ole itsestäänselvyys (2). Erityisesti lihavalla ja kapealanteisella miespotilaalla se voi olla kokeneellekin peräsuolisyöpäkirurgille vaikeaa.

Sittemmin peräsuolisyöpäkirurgiassa on otettu avotekniikan lisäksi käyttöön laparoskooppinen ja robottiaivusteinen kirurgia. Laparoskopialla voidaan saavuttaa samanlaiset onkologiset tulokset kuin avokirurgiassa, joskin TME:n laatu on parempi avotekniikalla (3–6). Leikkausaika on pitempi laparoskopiassa, eikä sairaalahoidoajoissa ole eroa (5).

Miesten ala- ja keskikolmanneksen karsinoomat ovat ongelmallisia laparoskooppisella tekniikalla tehtynä: postoperatiivinen sairastuvuus on selvästi suurempi kuin avotekniikalla (58 % vs 14 %), ja konversioriski koko laparoskopiaryhmään verrattuna on suuri (34 % vs 11 %) (7). Suolensau-mauslaitteen asettaminen alhaalla miehen lantiossa on laparoskooppisesti vaikeaa, jolloin suoliliitoksen pettämiskasva. Tätä ongelmaa selättämään on vastikään kehitetty harjaannusta vaativa peräaukon kautta suoritettava leikkaus, taTME-tekniikka (transanaalinen TME), josta kontrolloidut tutkimukset vielä puuttuvat. Robottikirurgiasta ei ole osoitettu olevan hyötyä verrattuna laparoskopiaan komplikaatioiden, TME:n onnistumisen tai urogenitaalifunktion suhteen (8,9) eikä onkologisten tulosten vertailua ole raportoitu. Robottikirurgia

on merkittävästi muita tekniikoita kalliimpaa; lisäkustannus per potilas on noin 5 900 euroa ilman pitemmästä leikkausajasta johtuvia kustannuksia, jos keskuksessa leikataan sata potilasta vuosittain robottiaivusteisesti (9,10). Sairaaloissa muovin pakattavien kertakäyttöisten hoitotarvikkeiden määrä on kasvanut räjähdysmäisesti. Mini-invasiivisessa kirurgiasa ongelma korostuu ja syntyvän kertakäyttöisen muovijätteen määrä on huima. Avoimessa anteriorisessa resektiossa koaguloivala diatermiakärjellä suoritettuna kertakäyttöisiä muovilaitteita ovat vain suolen katkaisussa käytettävät GIA- ja TA-laite sekä liitoksen tekoon käytetty ILS-laite.

Julkisin varoin tehtävän hoidon täytyy perustua potilaan saamaan hyötyyn ja valintojen pitäisi olla eettisesti kestäviä. Toisaalta kirurgin monipuolinen osaaminen myös palvelee potilasta. Omassa yksikössämme suurin osa peräsuolisyöpäkirurgiasta tehdään avoimesti matalasta alakeskiviillosta. Laparoscopia on käytössä laajennetuissa abdominoperineaalisissa eksisioissa ja peräsuolen yläosan kasvaimissa. Harjoittemme myös taTME-tekniikkaa. Täydellinen TME ja puhdas lateraalimarginaali ovat edelleen tärkeimmät kirurgisen laadun mittarit – tekniikasta riippumatta. ■

ANNA LEPISTÖ, kirurgian dosentti,
osastonylilääkäri
Hyks, vatsakeskus

Kirjallisuusviitteet ovat sivulla 88.



KUVA. Kuvassa peräsuolisyöpäpreparaatti peräsuolen etupinta-alustaa vasten. Ehjä mesorektaalifaskia ympäröi suolilievettä kiiltävänä makkaramaisena kuorena.

Virheetön TME – peräsuolisyöpäkirurgin tavoite ja täyttymys

KIRJALLISUUTTA

1. Heald RJ, Ryall RD. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1986;1:1479–82.
2. Quirke P, Steele R, Monson J, ym. Effect of the plane of surgery achieved on local recurrence in patients with operable rectal cancer: a prospective study using data from the MRC CR07 and NCIC-CTG CO16 randomised clinical trial. *Lancet* 2009;373:821–8.
3. Pedziwiatr M, Malczak P, Mizera M, ym. There is no difference in outcome between laparoscopic and open surgery for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis on short- and long-term oncologic outcomes. *Tech Coloproctol* 2017;21:595–604.
4. Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, ym. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Engl J Med* 2015;372:1324–32.
5. Creavin B, Kelly ME, Ryan E, Winter DC. Meta-analysis of the impact of surgical approach on the grade of mesorectal excision in rectal cancer. *Br J Surg* 2017; 104:1609–19.
6. Martinez-Perez A, Carra MC, Brunetti F, ym. Pathologic outcomes of laparoscopic vs open mesorectal excision for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg* 2017;152:e165665.
7. Laurent C, Leblanc F, Gineste C, ym. Laparoscopic approach in surgical treatment of rectal cancer. *Br J Surg* 2007;94:1555–61.
8. Yang Y, Wang F, Zhang P, ym. Robot-assisted versus conventional laparoscopic surgery for colorectal disease, focusing on rectal cancer: a meta-analysis. *Ann Surg Oncol* 2012;19:3727–36.
9. Jayne D, Pigazzi A, Marshall H, ym. Effect of robotic-assisted vs conventional laparoscopic surgery on risk of conversion to open laparotomy among patients undergoing resection for rectal cancer: the ROLARR randomized clinical trial. *JAMA* 2017;318:1569–80.
10. Millinger J, Bengtsson J, Eriksson M, ym. Robotically assisted laparoscopic surgery for rectal cancer. Gothenburg: the Regional Health Technology Assessment Centre (HTA-centrum). HTA-rapport 2014:65. www.crd.york.ac.uk/crdweb/Showrecord.asp?LinkFrom=OAI&ID=32016000585.