



Anna Lepistö

Virheetön TME – peräsuolisyöpäkirurgin tavoite ja täyttymys

Merkittävin kirurginen saavutus peräsuolisyövän hoidossa julkaitiin 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 robottivusteinen kirurgia. Laparoskopialla voidaan saavuttaa samanlaiset onkologiset tulokset kuin avokirurgiassa, joskin TME:n laatu on parempi avotekniikalla (3–6). Leikkausaika on pitempi laparosciassa, eikä sairaalahoitoajoissa 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 laparosciaryhmään verrattuna on suuri (34 % vs 11 %) (7). Suolensau-mauslaitteen asettaminen alhaalla miehen lantiossa on laparoscioppisesti vaikeaa, jolloin suoliliitoksen peittämisriski kasvaa. 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 laparosciopiaan 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 robottivusteisesti (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 tekon 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 alakeskiviillostä. 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.