МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. П.А.ГЕРЦЕНА
(директор – акад. РАН Каприн А.Д.)

Современные мировые тенденции в лечении пациентов с опухолями билио-панкреато-дуоденальной зоны

(отчет об участии в международной конференции 12th International Congress of the European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association)

Докладчик: к.м.н. Петров Л.О.,

старший научный сотрудник отделения абдоминальной онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена

7 июля 2017 года

г. Москва

12th Biennial E-AHPBA Congress 2017

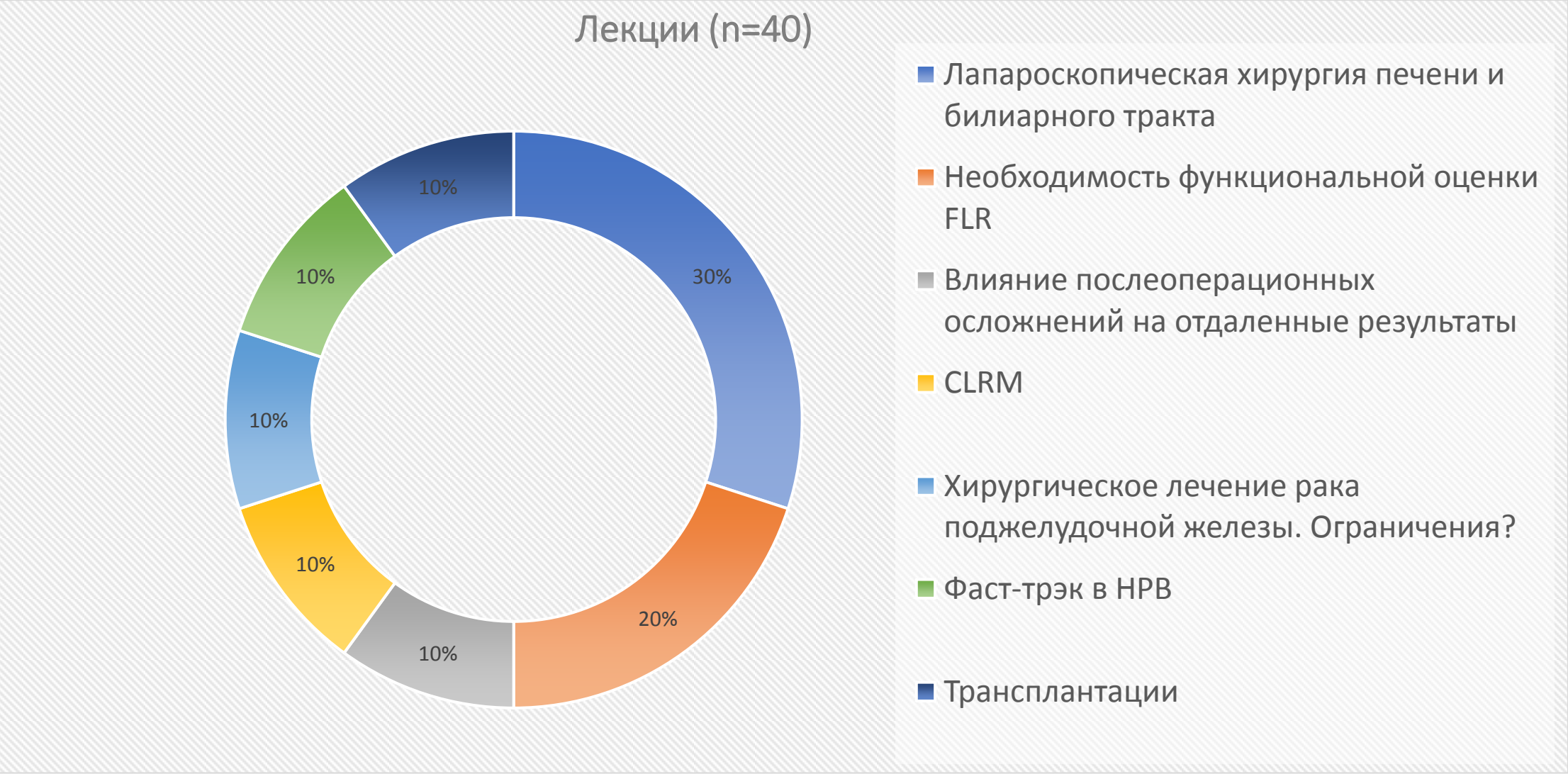
European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association

12th International Congress of the European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association

Mainz **from 24rd until 26th of May, 2017**

ТЕМАТИКИ

Гепато-биллиарная хирургия 15%
Трансплантация 10%
Билиарный 10%
Поджелудочная 25%
Печень 40%


Лекции (n=40)
30%
20%
10%
10%
10%
10%
10%
Лапароскопическая хирургия печени и билиарного тракта
Необходимость функциональной оценки FLR
Влияние послеоперационных осложнений на отдаленные результаты
CLRM
Хирургическое лечение рака поджелудочной железы. Ограничения?
Фаст-трэк в HPB
Трансплантации

Более 1500 делегатов из 50 стран
760 устных и постерных докладов

Основные темы докладов:

- Собственный опыт лапароскопических резекций печени и ПЖ
- Факторы риска панкреатических фистул, ведение пациентов
- Внедрение ERAS. Послеоперационный менеджмент
- Современные возможности лечения распространенного рака ПЖ
- Скандинавский подход к НРВ
- Симультанные/ последовательные резекции при метахронных мтс
- Неоадъювантная терапия рака ПЖ
- Новые техники увеличения викарной гипертрофии печени (модели на животных)
- Расширение показаний к резекциям печени. Необходимость улучшения функциональной оценки FLR

Симпозиум, посвященный обучению молодых НРВ хирургов

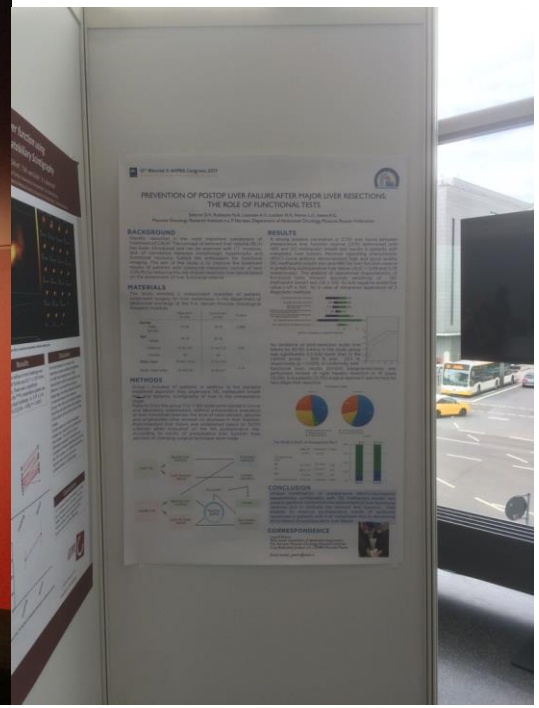
- Кем является НРВ хирург?
- Ожидания обучающегося/наставника
- Возрастающая роль женщины в НРВ хирургии
- Программы обучения НРВ резидентов в Европе
- Необходимость стандартизации протокола обучения

Представленные российские клиники

- НМИРЦ (2 устных и 2 постерных доклада)
- МКНЦ (2 устных доклада)
- ГКБ №5 (1 устный доклад)
- ФМБА (1 устный доклад)

Участие НМИРЦ

- L. Petrov **ALPPS for primary and metastatic liver cancer: the results of single-center study**
- A. Isaeva **ALPPS vs PVL two stage liver resections: matching surgical and oncological outcomes**
- **2 постерных доклада**



ALPPS 10th Anniversary

ALPPS регистр (около 1000 операций)

- Осложнения (>IIIb) 27%
- Смертность к 90 дню – 9%
- 75% летальных исходов в следствие ПРОПН
- После 1 этапа-14%
- После 2 этапа- 30%

Анатомические нюансы

- Печеночная артерия: сохраняем все артерии во время 1 этапа. Диссекция во время 2 этапа над- глиссоном
- Портальная вена: не забываем выделять все портальные вены во время 1 этапа. Используем PVE, как спасительный гибридный ALPPS
- Желчные протоки: возможная причина боли и страданий пациента. Аккуратная диссекция в области фиссуры круглой связки
- Печеночная вена: Сохраняем/оптимизируем отток от FLR

Необходимая функциональная оценка

- Увеличивается значимость функционального статуса к волюметрии. Функциональные тесты после 1 этапа ALPPS более полезны, чем волюметрия

- Динамическая гепатобиллиарная сцинтиграфия выглядит наиболее перспективно с использованием меброфенина

- Из количественных тестов используют ICG, эллиминацию галактозы, кофеина, лидокаина, клиренс аминокислот, аминопириновый дыхательный тест

- Для комплексной оценки необходимо применять несколько методов

Технические аспекты, приобретенные с увеличением кривой обучения

- Никогда не лигировать желчные протоки, если не уверены – дренаж
- Внимательно со средней печеночной веной
- Избегать мобилизацию печени и диссекцию портальной ножки
- Тотальная диссекция паренхимы печени – для случаев с массивным поражением печени, близким к FLR
- Интраоперационная холангиографии и гидравлический тест
- Нет необходимости в использовании пластиковых пакетов или любых материалов для избегания адгезии (некоторые предлагают использовать гемостатическую ткань)

Тактические аспекты, приобретенные с увеличением кривой обучения

- При наличии клинических или лабораторных признаков печеночной недостаточности или сниженного функционального резерва между этапами, 2 этап должен быть отложен несмотря на достигнутый FLR, больше 30%
- Несмотря на то, что возраст не является противопоказанием, пациенты старше 60 в группе повышенного риска
- ALPPS при CRLM должен быть выполнен только после неоадъюванта
- Мультицентровые исследования продемонстрировали, что эффективность partial ALPPS выше классического ALPPS (до 50%)

Предлагаемые показания к ALPPS

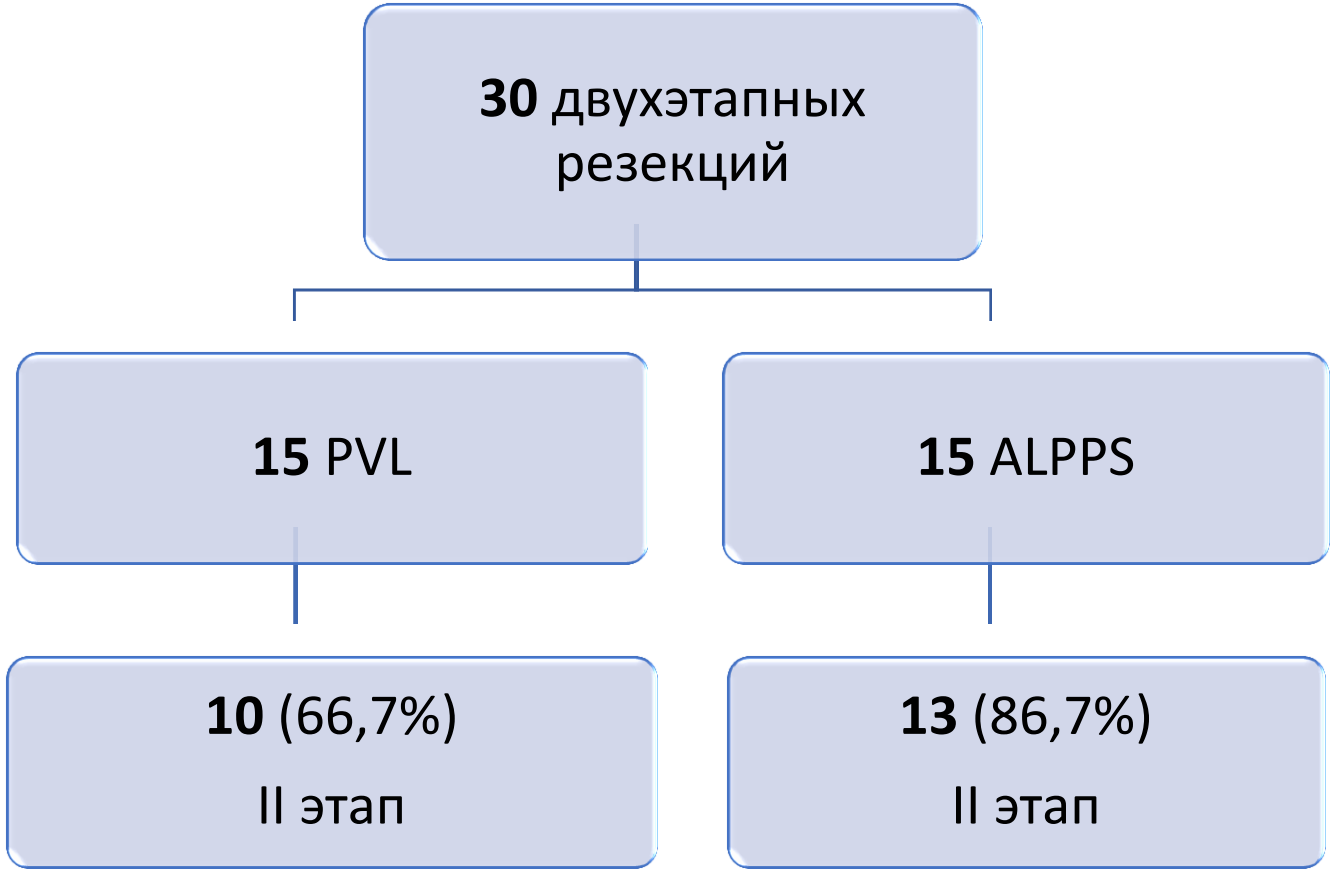
- Массивное билобарное поражение (CLRM)
- FLR меньше 30%
- Техническая возможность выполнить резекцию R0
- Отсутствие данных за внепеченочную патологию (исключением могут быть единичные резектабельные мтс в легких)
- ECOG 0-1
- Полный/частичные морфологический ответ на неоадъювант после 4-6 курсов
- CEA ответ

Резюме

- ALPPS и ее модификации – высокоэффективная, но не вполне безопасная хирургическая процедура
- Онкологически оправдана при мтс КРР
- Наметилась тенденция к дроблению методики на подвиды, наиболее популярный из которых P-ALPPS
- Избыточная увлеченность или жизненная необходимость?
- Необходимо дождаться отдаленных результатов

Опыт МНИОИ

В период с 2013 по 2015 годы в отделении абдоминальной онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена выполнено 30 двухэтапных резекций печени



Killer #1…

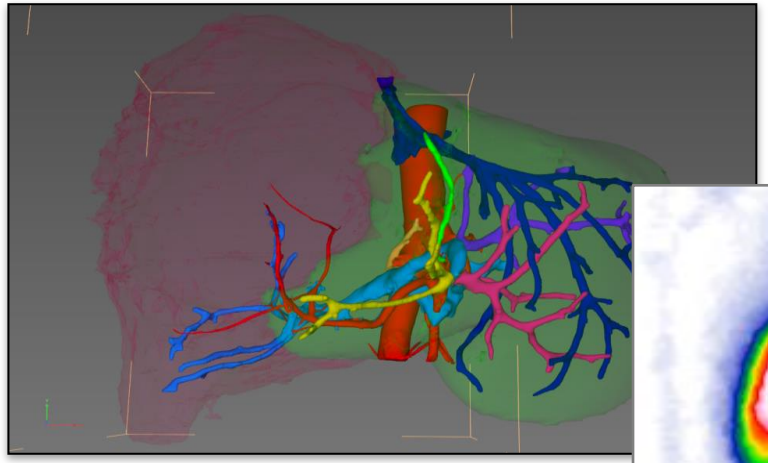
Пострезекционная острая печеночная недостаточность (ПРОПН) после обширных резекций печени

- Частота возникновения – от 4 до 30%
- Летальность – от 5 до 20%
- Является причиной 2 их 3 смертей после обширных резекций печени

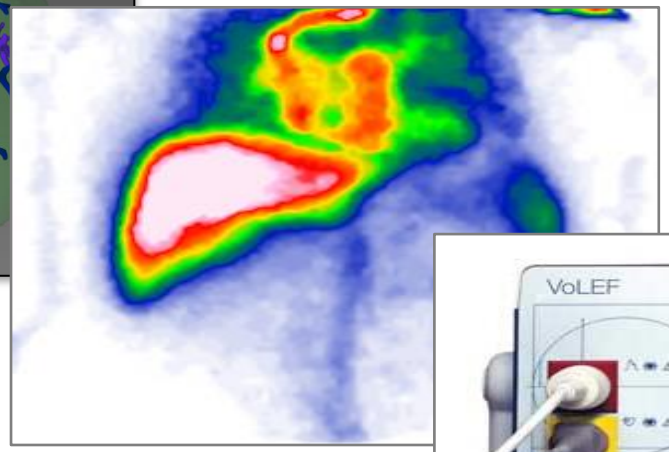
Предикторы возникновения ПРОПН

Алгоритм МНИОИ. Комплексная оценка «анатомической» и функциональной состоятельности остающейся паренхимы

КТ- и УЗИ-волюмометрия

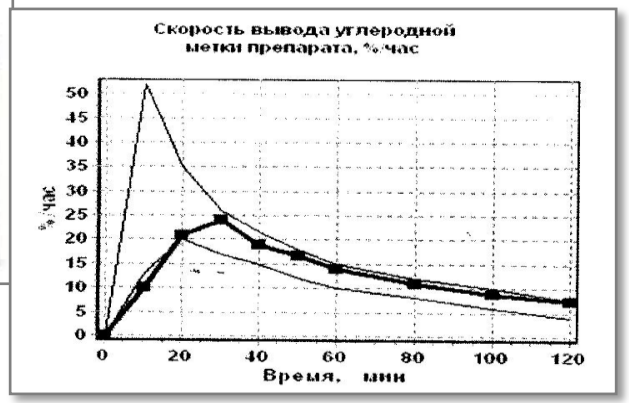


Сцинтиграфия печени

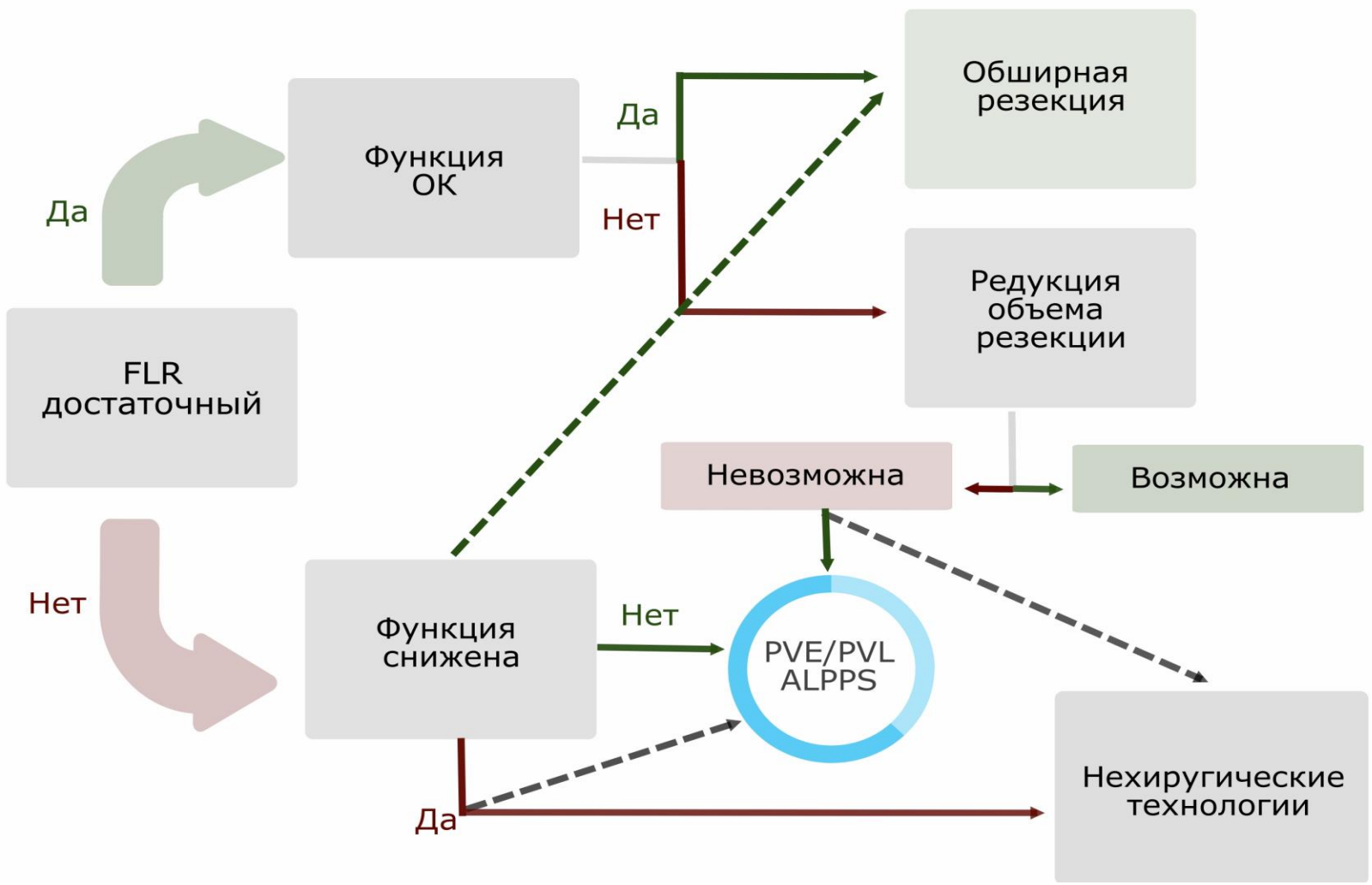


Клиренс индоцианина-зеленого

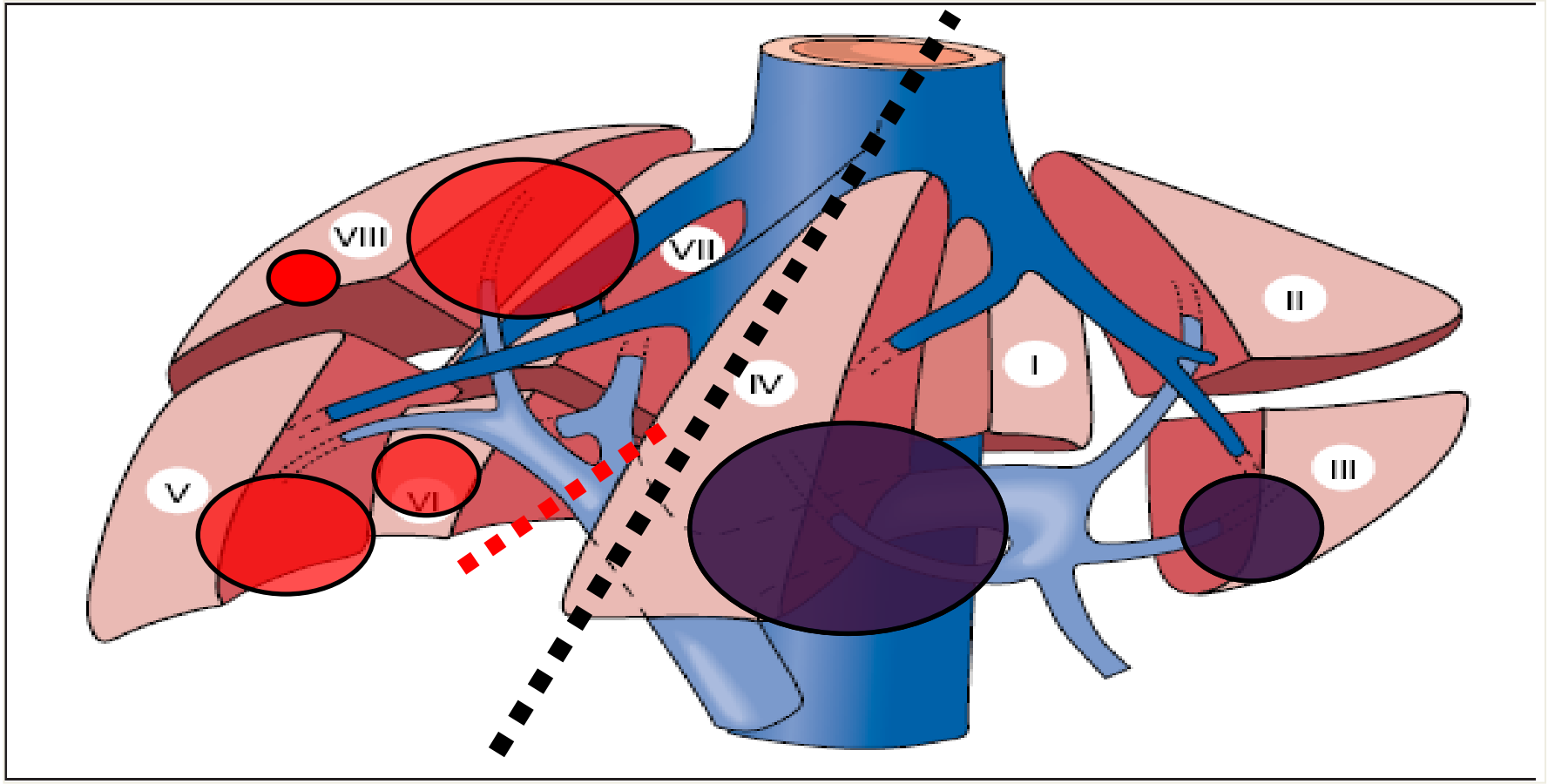
^{13}C–метацитиновый дыхательный тест



Алгоритм прогнозирования и «хирургической профилактики» ПРОПН

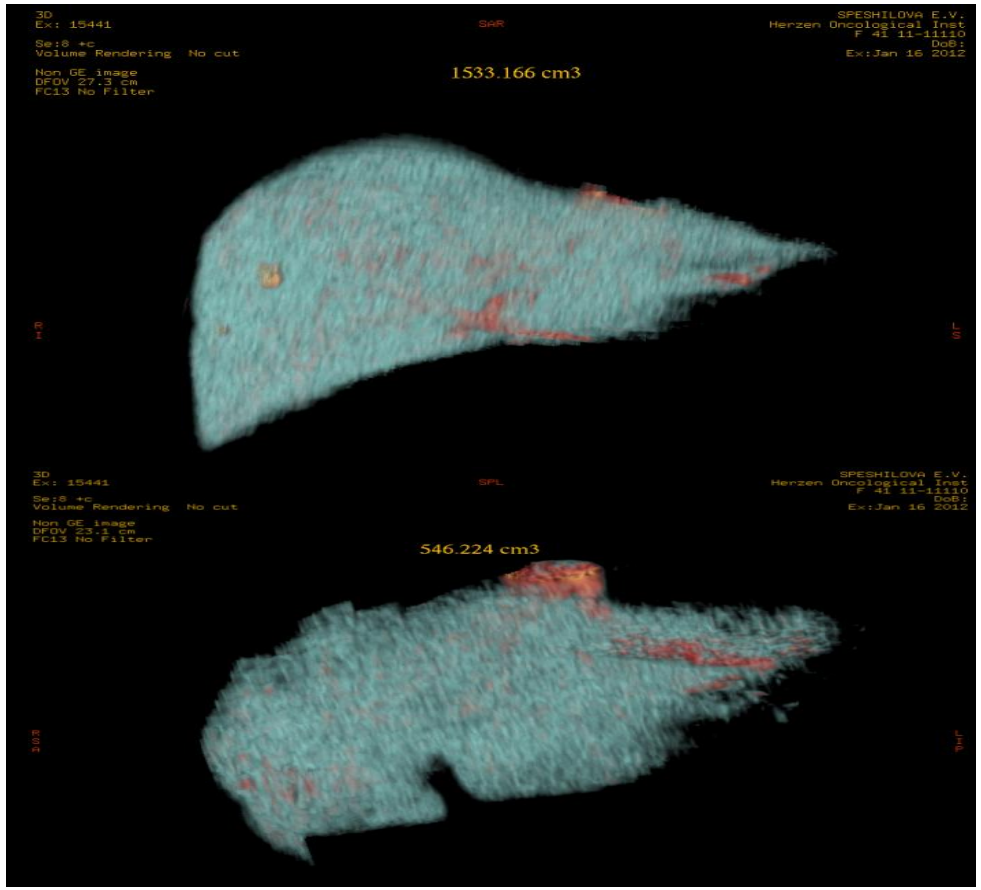


Двухэтапные резекции печени с лигированием правой ветви воротной вены (PVL)

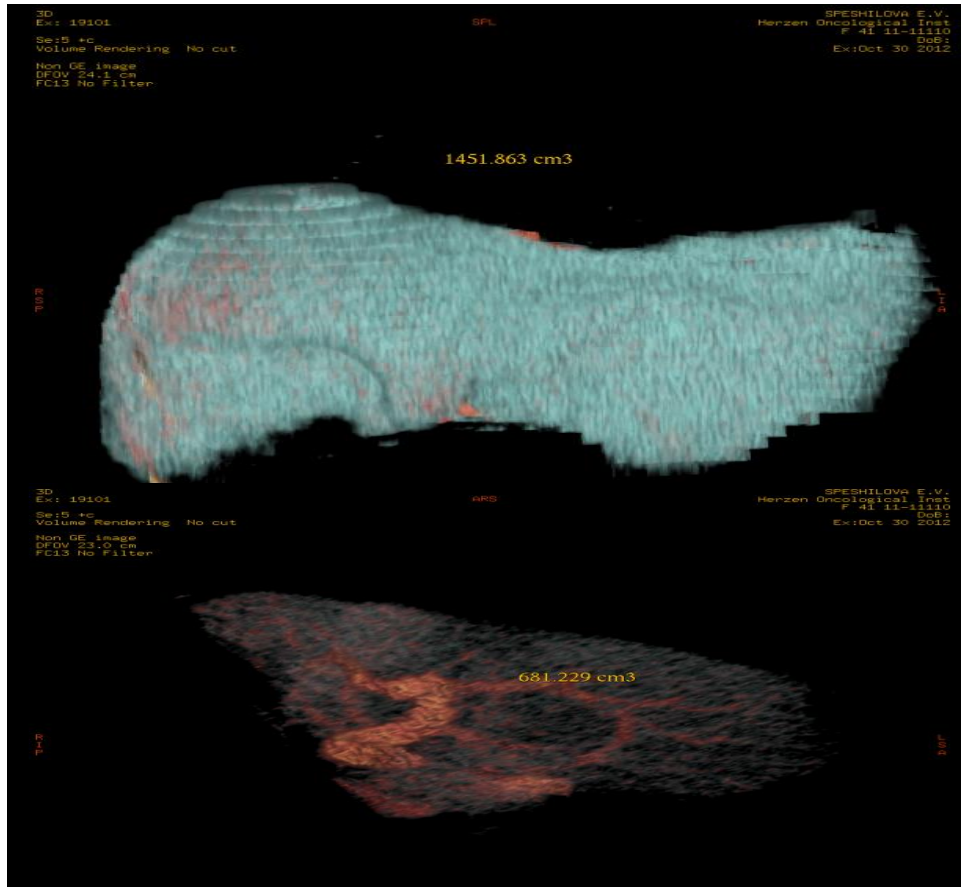


I этап → 5-6 недель → II этап

Двухэтапные резекции печени с лигированием правой ветви воротной вены (PVL)

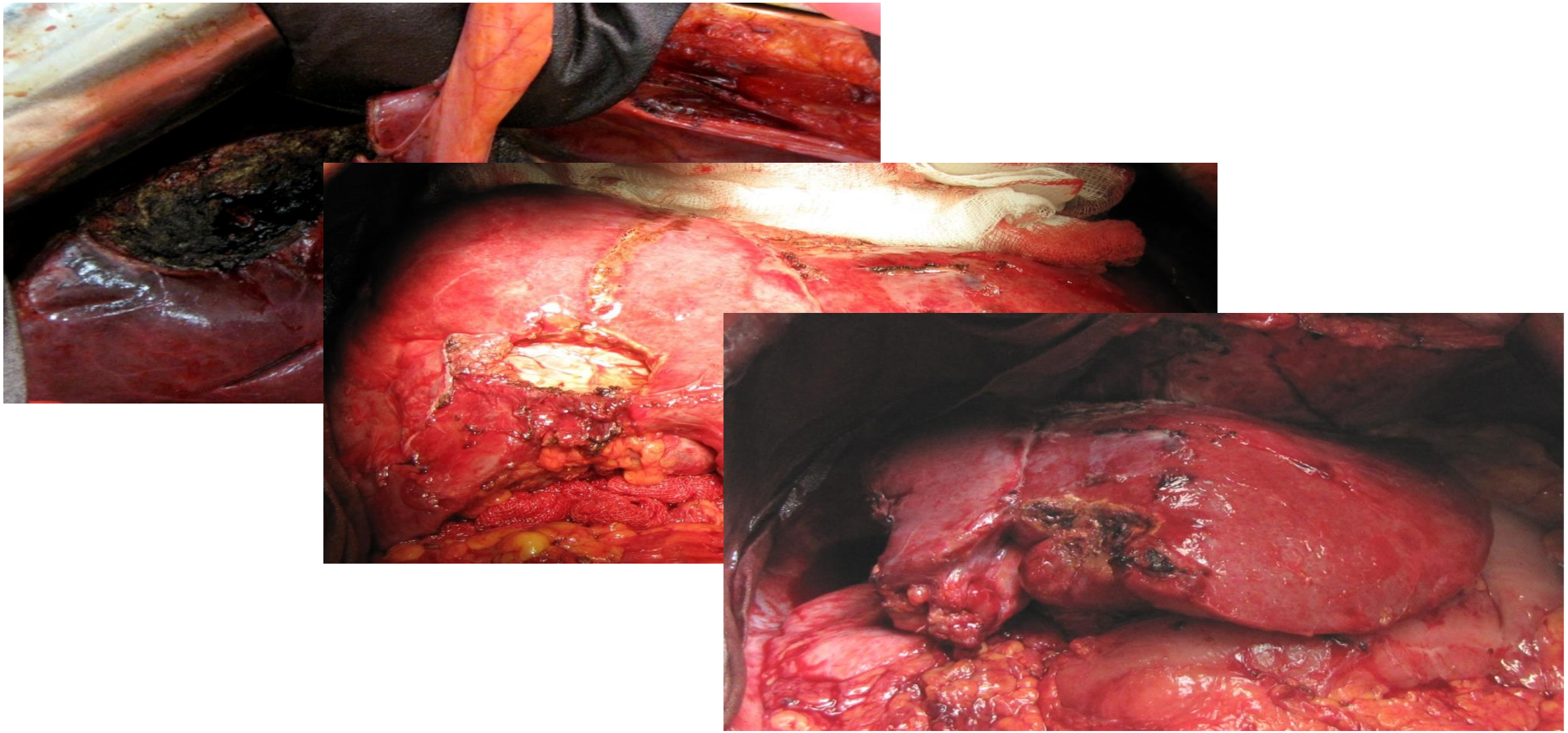


До перевязки правой ветви воротной вены

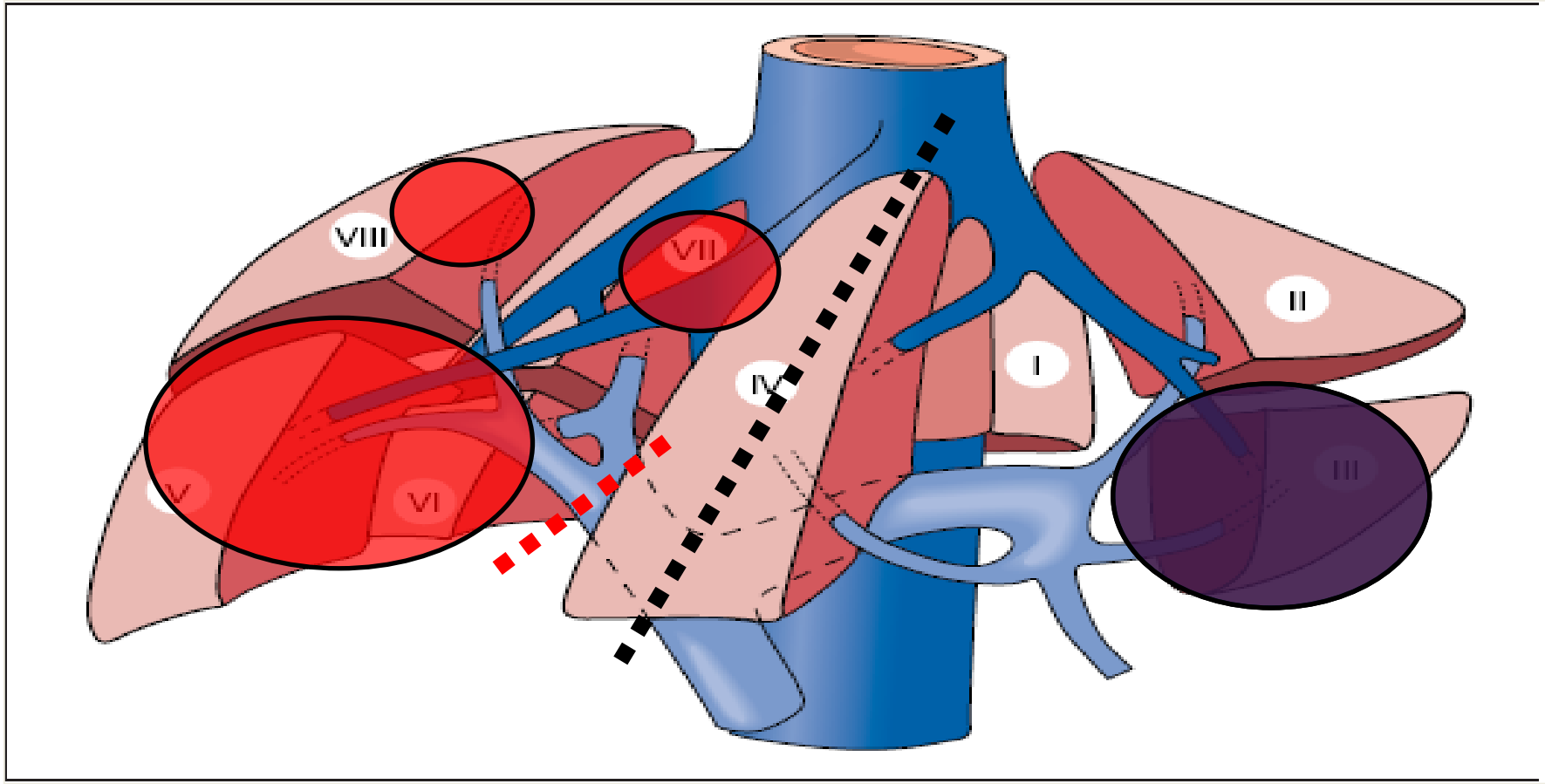


Через 5 недель после перевязки правой ветви воротной вены

Двухэтапные резекции печени с лигированием правой ветви воротной вены (PVL)



Двухэтапные резекции печени по типу ALPPS

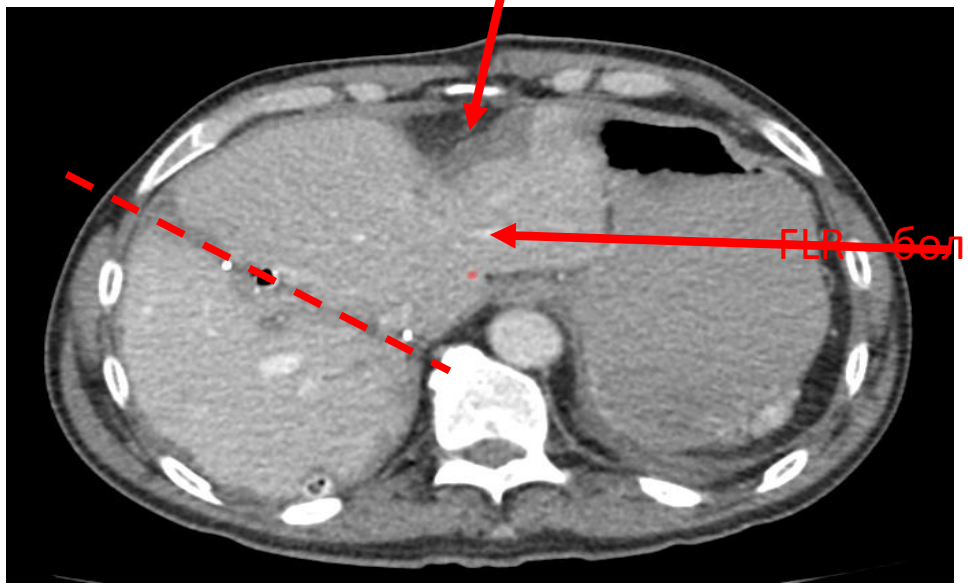


I этап → 9-12 дней → II этап

Двухэтапные резекции печени по типу ALPPS

FLR – не более 25%

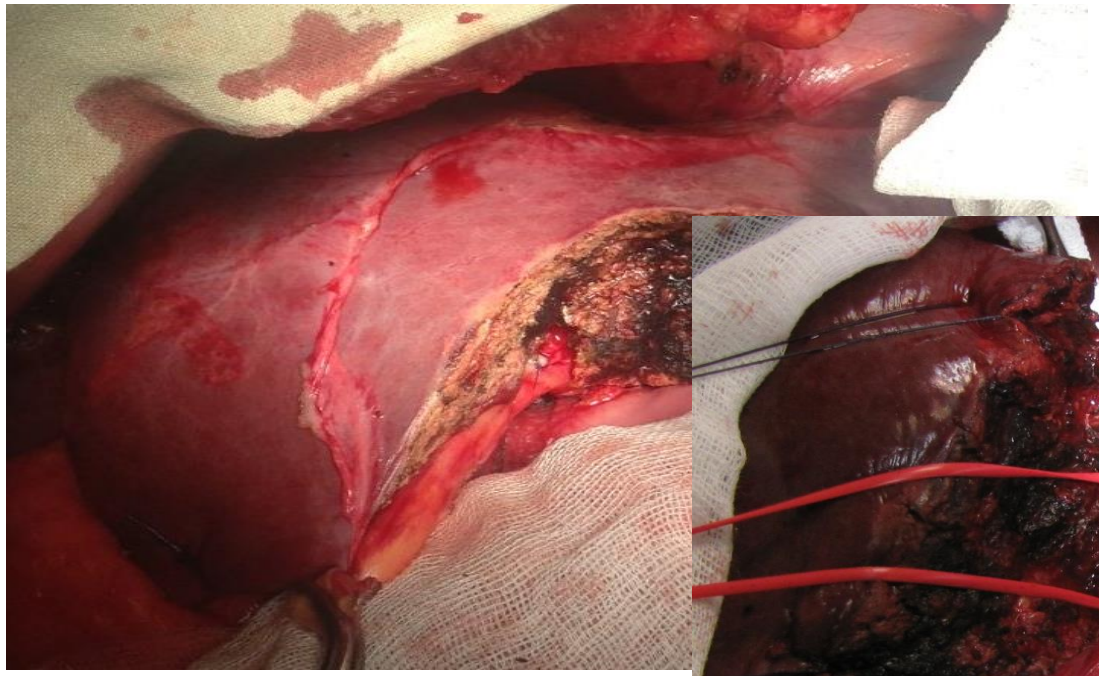
Зона резекции SIII

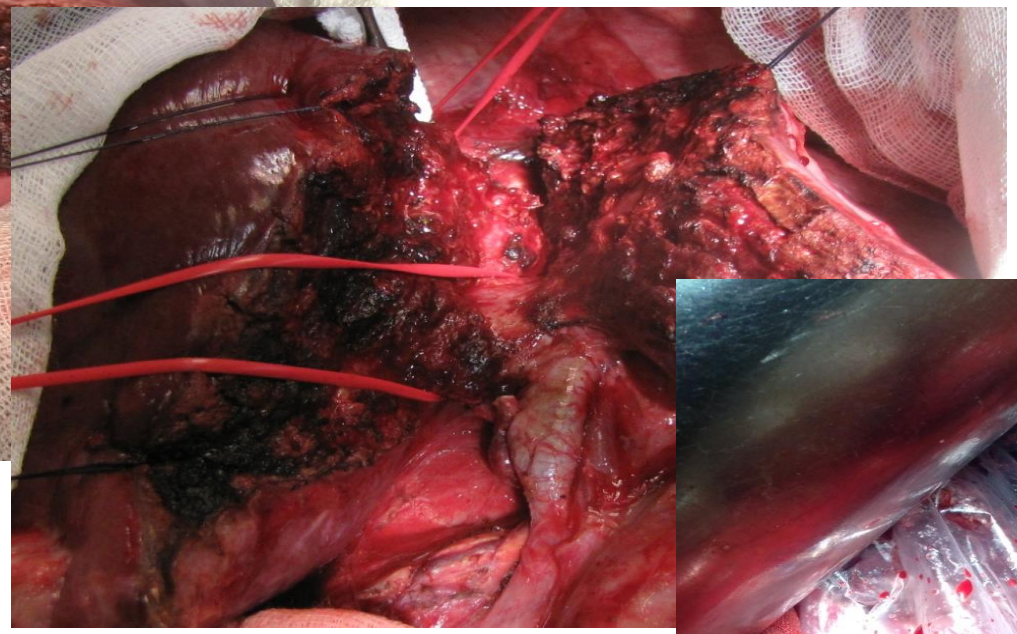


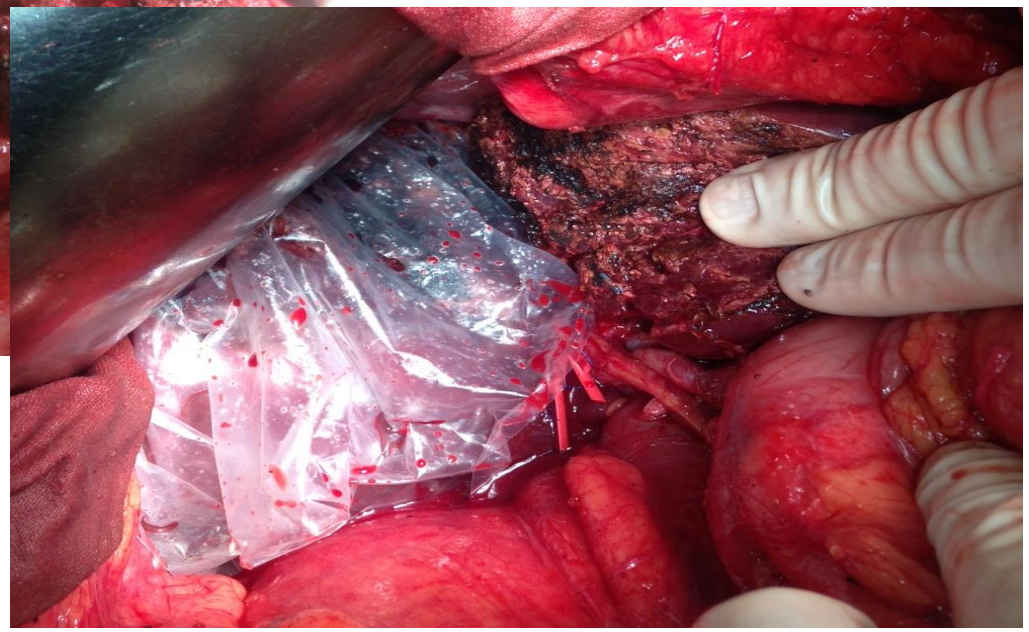
FLR – более 50%

8 сутки после I этапа ALPPS

Двухэтапные резекции печени по типу ALPPS





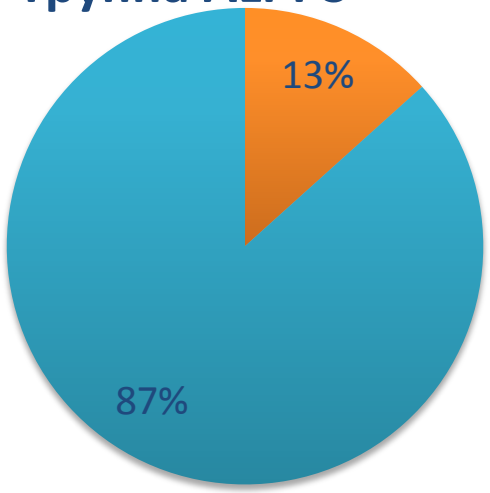


Показания к операции

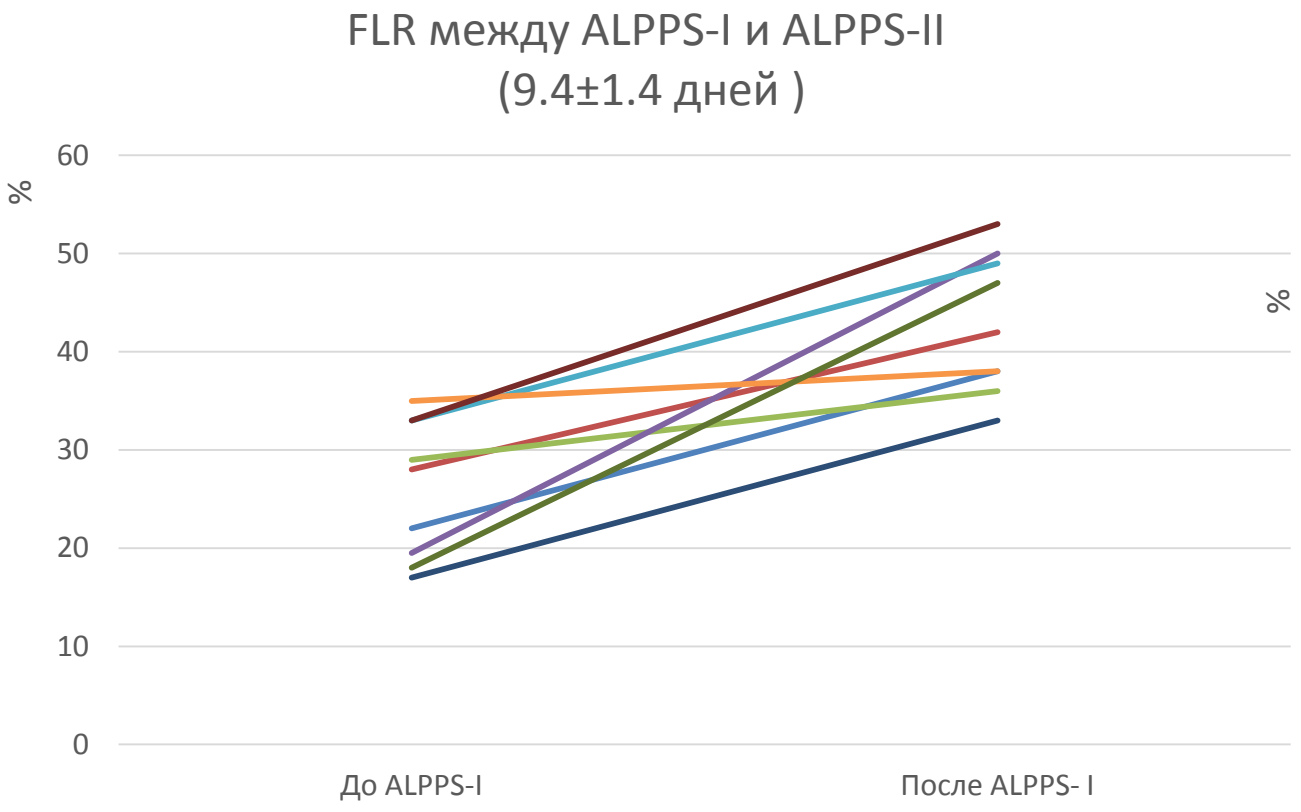
Характеристики	PVL группа	ALPPS группа	P value
Количество метастазов	5 (2-10)	2,5 (1-5)	0,009
Размер наибольшего, мм	58±27 (30-122)	64,6 (40-104)	0,49
1 метастаз, пациенты (размер)	-	4 (50-90мм)	
2-5 метастазов, пациенты (размер наибольшего)	10 (40-122)	8 (40-104мм)	
6-10 метастазов, пациенты (размер наибольшего)	5 (30-70мм)	-	
Первичная опухоль , пациенты (размер очага)	0	3(60-104)	
Количество пораженных сегментов	4,2(2-6)	3,7 (2-6)	0,33

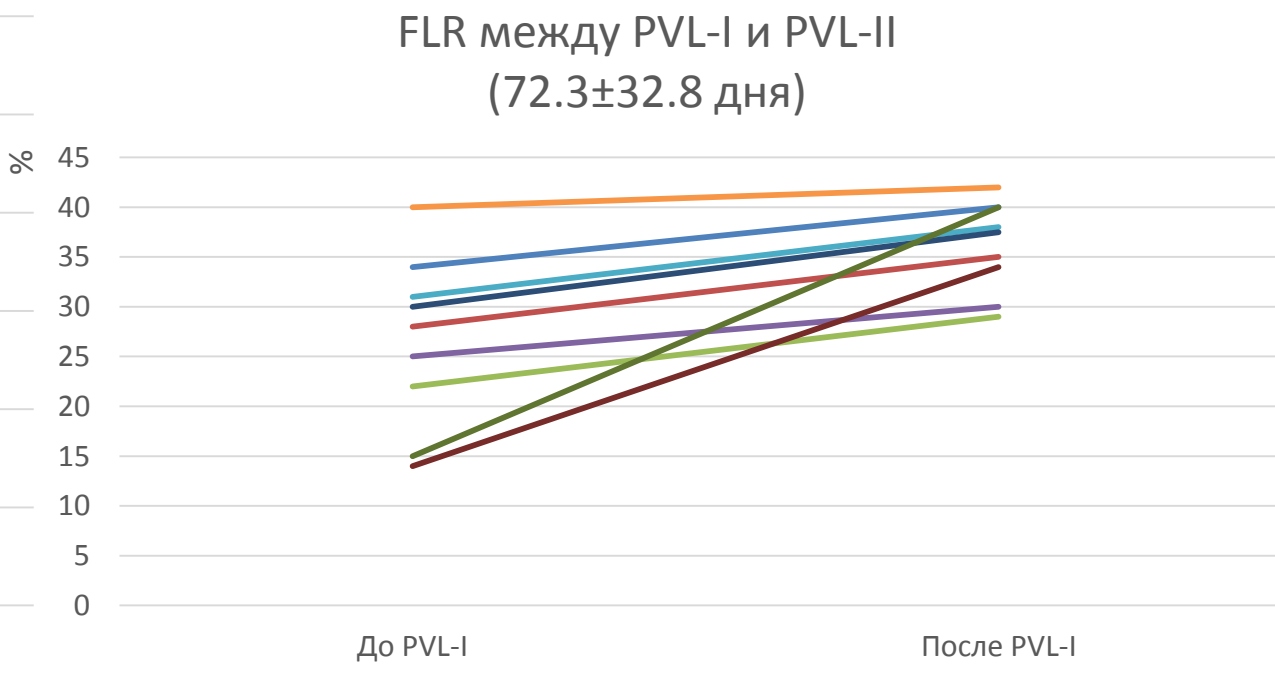
Группа PVL

Группа ALPPS

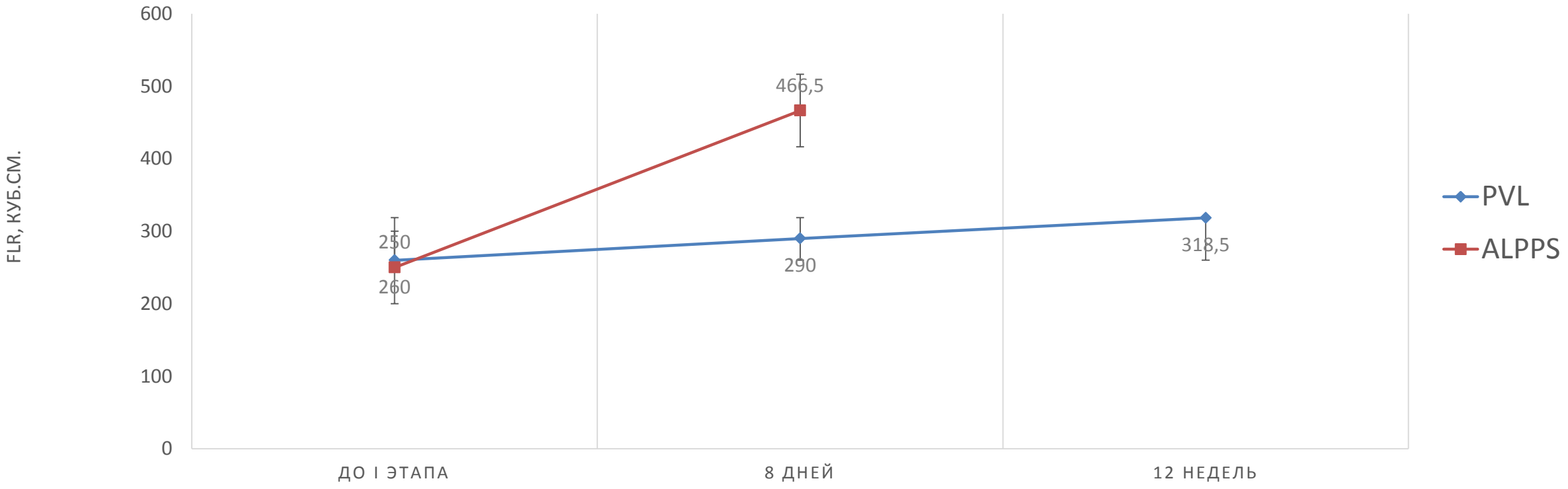


Оценка остаточного объема печени





Динамика увеличения остающегося объема печени



Показатель	До PVL-I	После PVL-I	*P value*	До ALPPS-I	После ALPPS-I	*P value*
FLR, куб. см.	278,3±73,6	333.5±69.7	<0.001	313±120	503±128	<0.001
FLR, %	28±8.3	34.7±4.9		26±7	43±7	
Прирост FLR,%	59.5±65.9 (5-166)			95.3±53.6 (13-164)		

Обсуждение результатов

	PVL	ALPPS	P value
Завершенные резекции (R0)	10 (66,7%)	13 (86,7%)	0,21
Послеоперационная летальность после I этапа	1 (6,7%)	2 (13,3%) * пациенты с НСС	0,60
Послеоперационная летальность после II этапа			
Возникшие осложнения:			
ТЭЛА	1 (6,7%)		
Тромбоз глубоких вен н/конечности	1 (6,7%)		
Тромбоз воротной вены	1 (6,7%)		
Реактивный плеврит	2 (13,3%)	2 (13,3%)	
ДВС-синдром		1 (6,7%)	
Острая полиорганная недостаточность		1 (6,7%)	
ПРОПН после I этапа	1(6,7%)	2 (13,3%)	0,60
ПРОПН после II этапа	1 (6,7%)	1 (6,7%)	0,950
Медиана наблюдения, мес	11,2±8,6	9.5±7.7	0,36

Выводы

- «Стандартом» двухэтапных резекций печени остаются PVE/PVL
- Не менее 20-30-40% не реализуют второй этап после PVE/PVL
- ALPPS – высокоэффективная, но не вполне безопасная хирургическая процедура
- Риски фатальных осложнений ALPPS у больных HCC крайне высоки, что делает сомнительной целесообразность выполнения данной процедуры при первичном раке печени
- Необходимо дождаться отдаленных результатов!!!