

Cirurgia mínimament invasiva

Una Guia per a les dones amb càncer ginecològic



Continguts

Diferents tipus de cirurgia disponibles per als pacients amb càncer	4
Cirurgia mínimament invasiva (CMI)	4
Avantatges de la CMI	6
Limitacions de la CMI	6
La CMI en els càncers ginecològics	7
Com preparar-se per a la cirurgia	8
Rehabilitació després de la cirurgia	9
Conclusions	9
Bibliografia	10

***Tots sabem que l'impacte d'un diagnòstic de càncer ginecològic és molt dur.
Com a pacients, estem en xoc i, moltes vegades,
ni tan sols se'ns acut demanar el més bàsic.***

*Sentim parlar de diferents opcions i no sabem què serà el més adequat
per al nostre cas concret.*

Durant el tractament del càncer ginecològic, la cirurgia sovint esdevé inevitable.

*Aquest pot ser un moment molt estressant en el procés de la pacient amb càncer,
just quan la informació i la tranquil·litat són el més necessari.*

*Els avenços tecnològics quirúrgics dels últims anys han obert noves possibilitats
a un públic més ampli.*

***L'objectiu d'aquest fulletó és explicar els diferents
procediments quirúrgics i ajudar les pacients a preparar-se
pel que pugui ocórrer en els períodes pre i postoperatori.***

Modalitats de cirurgia disponibles per als pacients amb càncer

En els casos de càncer ginecològic, la cirurgia sovint representa el pilar del tractament juntament amb la quimioteràpia i/o la radioteràpia, si fan falta.

En general, l'elecció de l'abordatge quirúrgic s'ha d'adaptar al tipus de càncer i la distribució de la malaltia.

Hi ha diferents tipus de cirurgia:

- **1. Cirurgia oberta (laparotomia)** – el cirurgià fa una incisió a l'abdomen prou gran per realitzar el procediment amb eines manuals.
- **2. Cirurgia laparoscòpica** – el cirurgià fa algunes incisions petites a l'abdomen i opera amb eines especials de mànec llarg/instruments quirúrgics laparoscòpics, mentre veu les imatges ampliades captades per un laparoscopi (càmera) sobre una pantalla de vídeo.
- **3. Cirurgia laparoscòpica assistida per robot** – els instruments quirúrgics laparoscòpics estan connectats a braços robòtics que el cirurgià dirigeix des d'una consola.

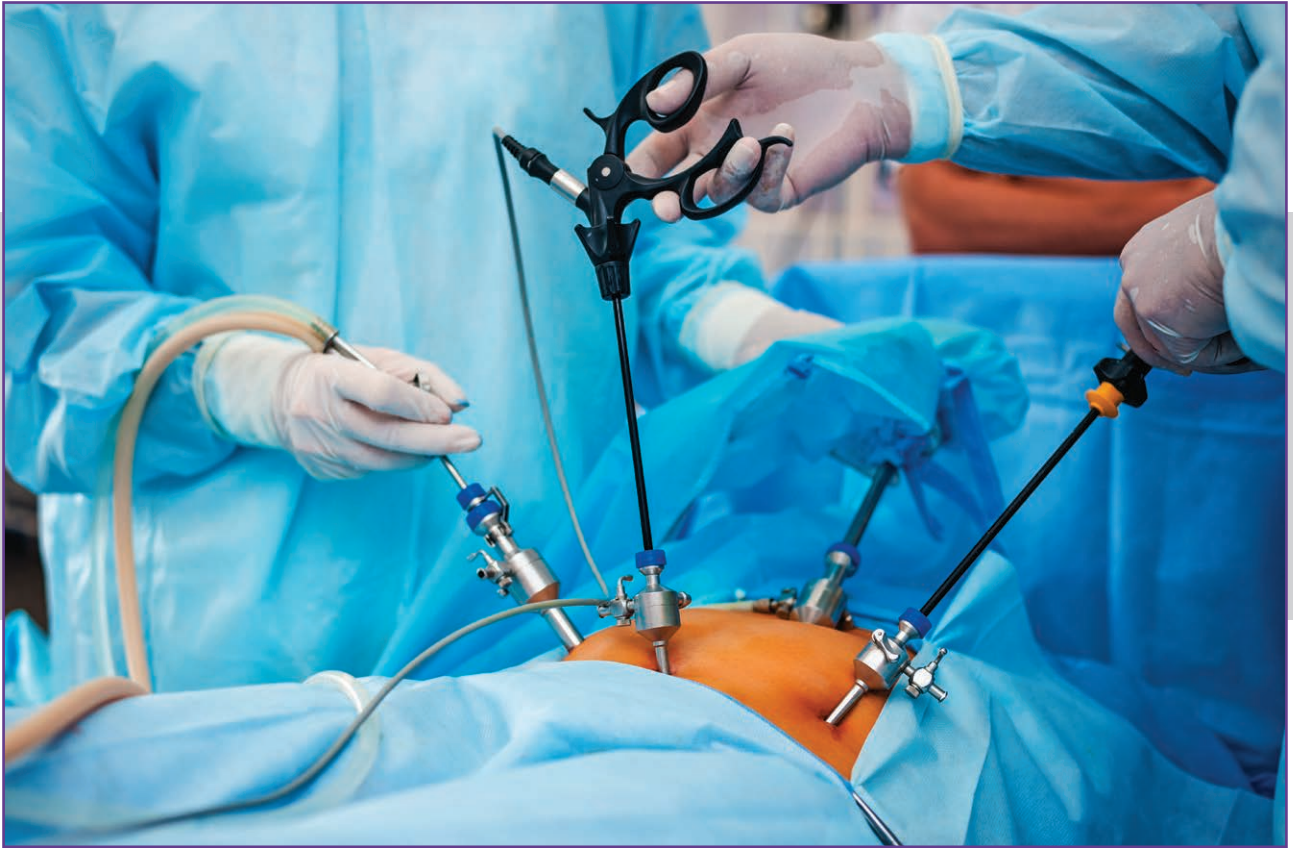
Cirurgia mínimament invasiva (CMI)

La CMI és una alternativa a la cirurgia oberta tradicional per al càncer ginecològic. Tant la cirurgia laparoscòpica convencional com la laparoscòpica assistida per robot es consideren mínimament invasives. La CMI permet que el cirurgià operi mitjançant diverses incisions petites (entre 0,5 i 2 cm) en comparació amb la ferida abdominal extensa pròpia de la laparotomia. A la CMI, els instruments quirúrgics específics s'introdueixen a través de les petites incisions de l'abdomen i els cirurgians els manipulen des de l'exterior.

Tant la cirurgia laparoscòpica com la laparoscòpica assistida per robot es consideren mínimament invasives, atès que ambdues es realitzen amb una tècnica semblant, encara que hi ha algunes diferències, principalment pel que fa a l'entrada quirúrgica i la posició del cirurgià.

La cirurgia laparoscòpica se sol dur a terme a través de tres entrades en forma de forat de pany i generalment situades a la part inferior de l'abdomen, a part d'una altra entrada més gran al melic. El cirurgià principal és al costat de la taula d'operacions i la cirurgia es fa amb dos ajudants més.

Si és cirurgia laparoscòpica assistida per robot, el procediment és similar i també utilitza de tres a quatre orificis més un altre per col·locar la càmera (lleugerament més gran que els altres), i que es poden situar en diferents llocs segons el sistema utilitzat. A diferència de la cirurgia laparoscòpica estàndard, el cirurgià principal seu a la consola de l'aparell, que es troba dins del quiròfan, mentre que els ajudants hi són a prop, però a la taula d'operacions.



Cirurgia laparoscòpica



Cirurgia laparoscòpica robòtica

Beneficis de la CMI

Tenint en compte que la seguretat oncològica continua sent la prioritat de la cirurgia del càncer ginecològic i que l'elecció de l'abordatge quirúrgic es fa segons què hem de tractar, el benefici de la CMI (sigui laparoscòpia o laparoscòpia assistida per robot) s'ha demostrat àmpliament a la literatura mèdica. De fet, està ben establert que un abordatge mínimament invasiu és capaç **d'incidir positivament en la recuperació de la pacient** ⁽¹⁾ perquè té diversos avantatges, tals com les incisions més petites, les estades hospitalàries més breus, una recuperació més ràpida, una millor visió arran de la magnificació de la imatge, manco necessitat d'analgèsics postoperatoris i un menor risc de complicacions (com ara són la pèrdua de sang, la infecció de la ferida quirúrgica o les hèrnies) ^(2,3). Aquests trets són especialment importants en el camp de l'oncologia, on un període de recuperació més curt pot afavorir l'inici més precoç dels tractaments postoperatoris com la quimio o la radioteràpia ⁽⁴⁾.

Els procediments laparoscòpics assistits per robòtica tenen diversos avantatges: la visió binocular tridimensional permet una millor percepció de la profunditat, la qual cosa pot facilitar els procediments laparoscòpics avançats. La consola es troba lluny de la pacient i permet que el cirurgià operi còmodament assegut, amb una postura més ergonòmica que fa que es cansi menys. A més, la corba d'aprenentatge del cirurgià és més curta en comparació amb la laparoscòpia tradicional ⁽⁵⁾.

En general, els resultats positius de la CMI en oncologia ginecològica en seguretat (pronòstic oncològic i complicacions) s'han provat extensament, de manera que les guies internacionals ^(6,7) **recomanen l'ús d'un abordatge quirúrgic mínimament invasiu en entorns seleccionats, segons el tipus de càncer i l'estadi de la malaltia.**

Limitacions de la CMI

La laparoscòpia té contres que tenen a veure amb una corba d'aprenentatge més llarga per a l'equip quirúrgic i una percepció limitada de la profunditat, ja que la imatge es limita a vistes en dues dimensions ⁽⁴⁾. Actualment, alguns equipaments laparoscòpics clàssics disposen del format tridimensional. Per superar les limitacions esmentades, en les últimes dècades s'han introduït innovacions, que van des de la millor instrumentació laparoscòpica fins a la cirurgia robòtica, que representa una evolució de la laparoscòpia convencional i facilita l'ús de les tècniques mínimament invasives per a operacions complexes, com en pacients obesos o amb sobrepès ⁽⁸⁾.

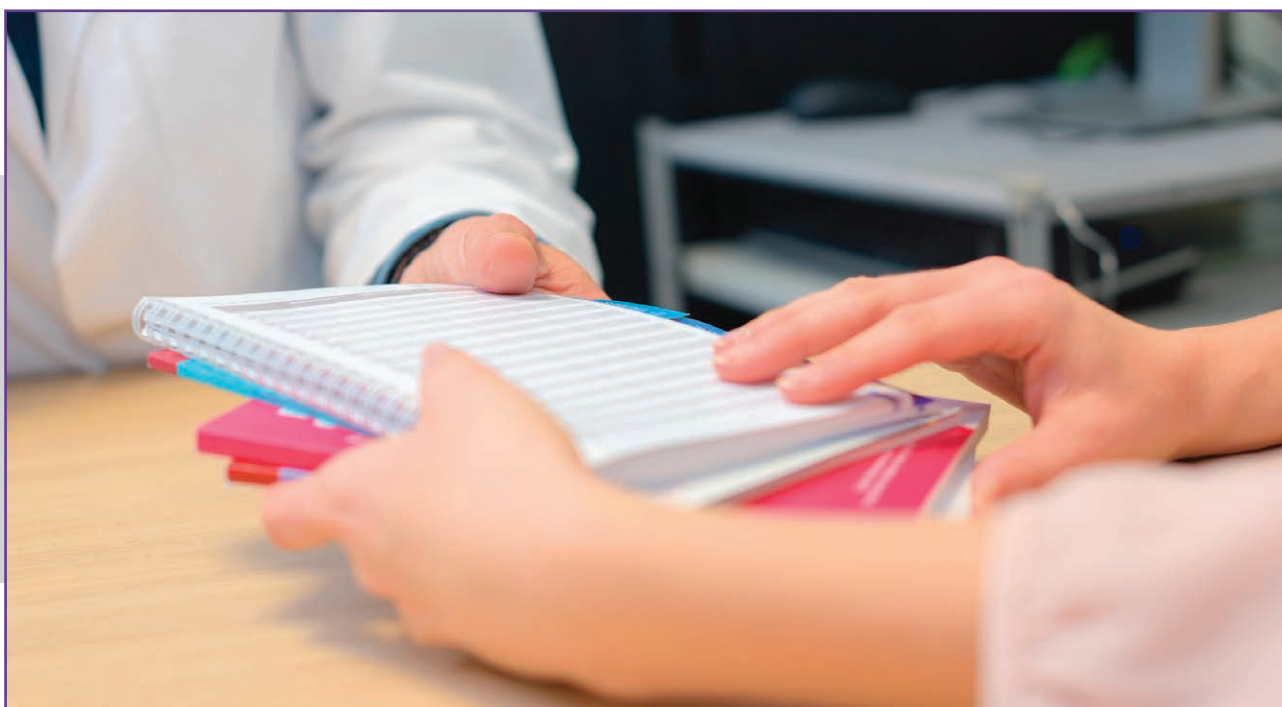
Els desavantatges són l'encariment dels costos dels equips robòtics, la reducció de la percepció tàctil del cirurgià principal i unes incisions abdominals una mica més grans (que poden afectar els resultats estètics finals) ⁽⁴⁾.

CMI en els càncers ginecològics

En la cirurgia ginecològica oncològica, l'elecció de l'abordatge quirúrgic s'ha d'adaptar a la histologia del càncer i l'extensió de la malaltia. Segons les directrius de l'ESGO (Societat Europea de Ginecologia Oncològica) ⁽⁶⁾, **els càncers d'úter i d'ovari en fase inicial** (la malaltia es limita als ovaris o a l'úter sense disseminació abdominal) **es poden tractar amb CMI**, ja que no empitjora els resultats oncològics. Per contra, si la malaltia sembla que s'ha estès fora de l'òrgan d'origen, la cirurgia se sol fer per laparotomia (incisió abdominal de la línia mitjana), car permet al cirurgià eliminar millor tota la malaltia visible, que és l'objectiu principal de la cirurgia. Si sospitem un càncer d'ovari avançat, la CMI és crucial per seleccionar la seqüència dels tractaments, atès que en molts centres es realitza una laparoscòpia diagnòstica ⁽⁹⁾, de manera separada o a l'inici de la cirurgia amb intenció curativa, amb la finalitat d'avaluar la distribució de la malaltia i decidir si és millor començar amb la cirurgia primària (mitjançant laparotomia) o amb la quimioteràpia (neoadjuvència).

En els casos de càncer de coll uterí operables (malaltia localment avançada), d'acord amb les publicacions recents sobre l'associació entre la via quirúrgica i els resultats oncològics de la pacient, **el paper de la CMI encara és un tema de debat** ⁽¹⁰⁾. De fet, segons les directrius internacionals ⁽¹¹⁾, tot i que la laparotomia és la via estàndard, la CMI només es pot considerar en els tumors de baix risc (petits i totalment extirpats després de la conització), en centres d'alt volum i amb experiència en la realització de la histerectomia radical amb CMI, i només si la pacient hi està d'acord després d'una discussió exhaustiva amb el metge sobre l'estat actual de la ciència mèdica.

En general, el cirurgià principal és qui ha de parlar amb vostè i seleccionar una estratègia de tractament, que inclou l'elecció de l'accés quirúrgic (sigui CMI o laparotomia) i els actes quirúrgics. La discussió ha de tenir en compte tant l'extensió de la malaltia com la recerca disponible sobre l'associació entre la CMI i els resultats oncològics per al vostre cas específic.



Com preparar-se per a la cirurgia?

La preparació preoperatoria per a la cirurgia, també anomenada **prehabilitació** o rehabilitació prequirúrgica, s'organitza per disminuir l'estrès i millorar la qualitat de vida de la pacient. Això ajuda el cos a curar-se més ràpidament després de l'operació. En general, encara que hi ha variabilitat entre les polítiques hospitalàries, l'educació de la pacient és un factor decisiu. Es recomana deixar de fumar, car això pot provocar una pitjor cicatrització de les ferides i complicacions pulmonars. En definitiva, l'optimització de les comorbiditats preexistents com la hipertensió i la diabetis també s'ha de prioritzar juntament amb la millora de la nutrició, que també s'associa a millors resultats postoperatoris ⁽¹²⁾.

S'indicarà a les pacients que no prenguin sòlids, normalment a partir de la mitjanit prèvia a la intervenció. Les pacients poden portar algú que els ajudi durant l'ingrés hospitalari; i, segons les normes del centre, també un acompanyant durant l'estada postoperatoria. Totes les normes es poden comentar amb el personal mèdic i d'infermeria en el moment de l'ingrés.

Algunes pacients comparteixen la seva experiència positiva amb la prehabilitació, tal és el cas de la millora de la seva salut física i mental gràcies a l'exercici, la nutrició i les intervencions psicològiques prescrites segons les particularitats de cadascú.

Segons els punts de vista de les pacients, l'esmentada preparació els va servir psicològicament, puix és un programa que permet mantenir el cap ocupat amb altres objectius diferents de la cirurgia. La prehabilitació, per a algunes pacients, introdueix hàbits positius que romanen incorporats a les seves rutines diàries.



Rehabilitació després de la cirurgia

Els estudis han demostrat que la CMI escurça l'estada postoperatoria i permet una recuperació més ràpida ⁽¹³⁾. La majoria de les pacients poden rebre l'alta el mateix dia de la cirurgia o un dia després. En el període postoperatori precoç i d'acord amb el protocol de Recuperació Intensificada en Cirurgia Abdominal (RICA), s'haurà de restablir l'alimentació per boca tan aviat com sigui possible juntament amb la retirada de l'accés intravenós i de la sonda urinària. La mobilització precoç de les pacients sembla ser de la màxima importància per proporcionar-los una recuperació més ràpida i abreujar la durada de l'estada hospitalària. També ajuda a prevenir o disminuir el risc o la gravetat de diverses complicacions postoperatories, com ara són les infeccions pulmonars, el tromboembolisme venós, l'ili paralític i l'atròfia muscular.

En absència de factors de risc com la mobilitat reduïda, l'obesitat o el tromboembolisme previ, no se sol recomanar l'ús perllongat d'heparina perquè la sang coaguli manco, si s'ha realitzat una CMI.

L'objectiu principal d'un programa de recuperació intensificada és garantir, en darrera instància, una alta precoç, i s'haurà de complementar amb una informació adequada sobre la variació esperada de les deposicions, la dieta postoperatoria recomanada, els possibles tractaments addicionals i les futures cites mèdiques, així com una persona amb qui la pacient hi pugui contactar per consultar els seus dubtes després de l'alta.

LA PERSPECTIVA DE LA PACIENT

„Per a mi, la rehabilitació va ser crucial un cop operada del meu càncer ginecològic amb cirurgia mínimament invasiva. Els consells clau que donaria inclouen aixecar-se i moure's prest, realitzar exercicis de fisioteràpia respiratòria i de sòl pelvià, aconseguir un bon control del dolor amb calmants suficients, nodrir-se bé, disposar de suport emocional, reprendre les rutines progressivament, acudir a les visites regulars de seguiment i valorar la necessitat de rehabilitació de manera personalitzada.

Aquestes estratègies afavoreixen la recuperació, eviten complicacions, milloren la funció física, promouen el benestar emocional i afavoreixen la nostra curació durant el postoperatori”.

Conclusions

En oncologia ginecològica, l'abordatge quirúrgic mínimament invasiu és una alternativa vàlida i segura a la laparotomia depenent del tipus de càncer i la seva extensió. Es podrà oferir l'abordatge mínimament invasiu, sigui laparoscòpia convencional o robòtica, a les situacions en què la ciència mèdica hagi aportat les proves adequades de seguretat i bons resultats oncològics, atès que la recuperació després de la CMI és més breu i les complicacions postoperatories són menors.

S'esperen els resultats dels assaigs clínics en marxa per poder ampliar encara més el rol de la CMI en els càncers ginecològics.

Bibliografia

1. Velanovich V. Laparoscopic vs open surgery: a preliminary comparison of quality-of-life outcomes. *Surg Endosc.* 2000 Jan;14(1):16-21. doi: 10.1007/s004649900003. PMID: 10653229.
2. Agha R, Muir G. Does laparoscopic surgery spell the end of the open surgeon? *J R Soc Med.* 2003 Nov;96(11):544-6. doi: 10.1177/014107680309601107. PMID: 14594961; PMCID: PMC539626.
3. Nanavati AJ, Nagral S. Why have we embraced minimally invasive surgery and ignored enhanced recovery after surgery? *J Minim Access Surg.* 2016 Jul-Sep;12(3):299-301. doi: 10.4103/0972-9941.181392. PMID: 27279409; PMCID: PMC4916764.
4. Leitao MM Jr, Kreaden US, Laudone V, Park BJ, Pappou EP, Davis JW, Rice DC, Chang GJ, Rossi EC, Hebert AE, Slee A, Gonen M. The RECURSE Study: Long-term Oncologic Outcomes Associated With Robotically Assisted Minimally Invasive Procedures for Endometrial, Cervical, Colorectal, Lung, or Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg.* 2023 Mar 1;277(3):387-396. doi: 10.1097/SLA.0000000000005698. Epub 2022 Sep 8. PMID: 36073772; PMCID: PMC9905254.
5. Nezhat F. Minimally invasive surgery in gynecologic oncology: laparoscopy versus robotics. *Gynecol Oncol.* 2008 Nov;111 (2 Suppl):S29-32.
6. Colombo N, Sessa C, du Bois A, Ledermann J, McCluggage WG, McNeish I, Morice P, Pignata S, Ray-Coquard I, Vergote I, Baert T, Belaroussi I, Dashora A, Olbrecht S, Planchamp F, Querleu D; ESMO-ESGO Ovarian Cancer Consensus Conference Working Group. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease†. *Ann Oncol.* 2019 May 1;30(5):672-705. doi: 10.1093/annonc/mdz062. PMID: 31046081.
7. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, Ledermann J, Bosse T, Chargari C, Fagotti A, Fotopoulou C, Gonzalez Martin A, Lax S, Lorusso D, Marth C, Morice P, Nout RA, O'Donnell D, Querleu D, Raspollini MR, Sehouli J, Sturdza A, Taylor A, Westermann A, Wimberger P, Colombo N, Planchamp F, Creutzberg CL. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer.* 2021 Jan;31(1):12-39. doi: 10.1136/ijgc-2020-002230. Epub 2020 Dec 18. PMID: 33397713.
8. Cusimano MC, Simpson AN, Dossa F, Liani V, Kaur Y, Acuna SA, Robertson D, Satkunaratnam A, Bernardini MQ, Ferguson SE, Baxter NN. Laparoscopic and robotic hysterectomy in endometrial cancer patients with obesity: a systematic review and meta-analysis of conversions and complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Nov;221(5):410-428.e19. doi: 10.1016/j.ajog.2019.05.004. Epub 2019 May 10. PMID: 31082383.
9. Fagotti A, Ferrandina G, Fanfani F, Ercoli A, Lorusso D, Rossi M, Scambia G. A laparoscopy-based score to predict surgical outcome in patients with advanced ovarian carcinoma: a pilot study. *Ann Surg Oncol.* 2006 Aug;13(8):1156-61. doi: 10.1245/ASO.2006.08.021. Epub 2006 Jun 21. PMID: 16791447.
10. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, Buda A, Yan X, Shuzhong Y, Chetty N, Isla D, Tamura M, Zhu T, Robledo KP, GebSKI V, Asher R, Behan V, Nicklin JL, Coleman RL, Obermair A. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 2018 Nov 15;379(20):1895-1904. doi: 10.1056/NEJMoa1806395. Epub 2018 Oct 31. PMID: 30380365.
11. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, Fischerová D, Jahnn-Kuch D, Joly F, Kohler C, Lax S, Lorusso D, Mahantshetty U, Mathevet P, Naik R, Nout RA, Oaknin A, Peccatori F, Persson J, Querleu D, Bernabé SR, Schmid MP, Stepanyan A, Svintsitskiy V, Tamussino K, Zapardiel I, Lindegaard J. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023. *Int J Gynecol Cancer.* 2023 May 1;33(5):649-666. doi: 10.1136/ijgc-2023-004429. PMID: 37127326; PMCID: PMC10176411.
12. Barber EL, Van Le L. Enhanced Recovery Pathways in Gynecology and Gynecologic Oncology. *Obstet Gynecol Surv.* 2015 Dec;70(12):780-92. doi: 10.1097/OGX.000000000000259. PMID: 26676149; PMCID: PMC4683417.
13. Bogani G, Sarpietro G, Ferrandina G, Gallotta V, Di Donato V, Ditto A, Pinelli C, Casarin J, Ghezzi F, Scambia G, Raspagliesi F. Enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecology oncology. *Eur J Surg Oncol.* 2021 May;47(5):952-959. doi: 10.1016/j.ejso.2020.10.030. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33139130.

ENGAGE vol agrair als autors, col·laboradors i als membres de la seva Junta Directiva el seu treball i la seva disponibilitat per mantenir al dia aquest fullet informatiu.

ENGAGe desitja expressar la seva gratitud sincera a l'autora, la Dra. Valentina Ghirardi (Itàlia); als revisors del document, a saber, el Dr. Tibor Zwimpfer (Suïssa), la Dra. Ane Gerda Eriksson (Noruega), el Dr. Jordi Ponce Sebastià (Espanya), al Dr. Artem Stepanyan (Armènia); i a la Dra. Maria Josep Gibert per traduir aquest document a la llengua catalana.

Informació de contacte d'ENGAGe

Pàgina web: <https://engage.esgo.org/>

Email: engage@esgo.org

Facebook: <https://www.facebook.com/engage.esgo>

ENGAGe li recomana que contacti amb la seva associació local de pacients.



ENGAGe 
ESG  | European Network of Gynaecological
Cancer Advocacy Groups

