

**REKOMENDACJE
KONSULTANTA KRAJOWEGO
W DZIEDZINIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
ORAZ
POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHORYCH
NA NOWOTWORY PIERWOTNE I PRZERZUTY DO WĄTROBY**

REKOMENDACJE OGÓLNE

- chorzy na nowotwory wątroby powinni być leczeni wyłącznie w specjalistycznych ośrodkach referencyjnych lub w jednostkach z dużym doświadczeniem, w których wykonywanych jest co najmniej 40 resekcji miększu wątroby rocznie przy spełnieniu kryteriów jakości zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EASL.
- leczenie chorych na nowotwory wątroby ma charakter wielodyscyplinarny.
- w zespole kwalifikującym do leczenia chirurgicznego powinien uczestniczyć specjalista chirurg ogólny, specjalista chirurgii onkologicznej lub onkologii klinicznej, specjalista radiolog.
- w zespole wykonującym operacje planową powinien uczestniczyć minimum 3 lekarzy w tym chirurg ze specjalizacją z chirurgii ogólnej/chirurgii onkologicznej oraz chirurg w trakcie stażu specjalizacyjnego.
- jeżeli ośrodek nie spełnia kryteriów ilościowych i jakościowych określonych w Rekomendacjach Ogólnych, to zabieg planowy może zostać wykonany w takim ośrodku, jeżeli w zespole chirurgicznym uczestniczy specjalista chirurg onkolog zatrudniony w systemie konsultanckim.

Ośrodki medyczne wykonujące procedury diagnostyczno-terapeutyczne powinny mieć następujące możliwości:

ORGANIZACYJNE

1. możliwość wykonania i właściwej interpretacji co najmniej 2 badań obrazowych: USG (w tym - badania USG śródoperacyjnego), tomografii komputerowej i tomografii rezonansu magnetycznego
2. możliwość prowadzenia leczenia przed- i pooperacyjnego w Oddziale Intensywnej Terapii wg standardów Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

3. możliwość oceny patomorfologicznej preparatu po resekcji lub biopsji przedoperacyjnej oraz wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego, według standardów Polskiego Towarzystwa Patomorfologicznego
4. możliwość przeprowadzenia leczenia uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia, terapie celowane) w miejscu lub na podstawie umowy z ośrodkiem zewnętrznym.
5. konieczna jest możliwość prospektywnego monitorowania i rejestracji danych klinicznych, a zwłaszcza:
 - powikłań chirurgicznych
 - nawrotów choroby nowotworowej
 - śmiertelności okołoperacyjnej, wczesnej i odległej

MERYTORYCZNE

W zakresie diagnostyki

W przypadku podejrzenia nowotworu wątroby chory powinien mieć wykonane:

1. co najmniej 2 z 3 badań obrazowych:
 - USG jamy brzusznej
 - tomografię komputerową (wielofazową, z kontrastem) jamy brzusznej
 - tomografię rezonansu magnetycznego z kontrastem
2. badanie endoskopowe ezofagogastroskopię i/lub kolonoskopię (ewentualnie z EUS)
3. biopsję zmiany ogniskowej pod kontrolą USG/tomografii komputerowej
 - jeśli planowana jest pierwotna resekcja i zmiana ogniskowa ma typowy obraz w badaniach radiologicznych oraz uzasadnia to przebieg kliniczny - od biopsji można odstąpić
 - biopsja jest zalecana w przypadkach zaawansowanych, jeśli planuje się rozpoczęcie leczenia od chemioterapii/radiochemioterapii, a także wówczas, gdy stwierdza się przeciwwskazania do resekcji
4. oznaczenie biochemicznych parametrów wydolności wątroby i układu krzepnięcia
5. oznaczenie markerów nowotworowych: AFP, CEA i CA 19-9
6. oznaczenie wirusów hepatotropowych
7. w sytuacjach wątpliwych lub u chorych z dużym ryzykiem operacyjnym w celu oceny zaawansowania choroby nowotworowej należy rozważyć wykonanie laparoskopii diagnostycznej (metodę tę można wykorzystać do weryfikacji nowotworu, jeśli nie udało się potwierdzić raka metodami mniej inwazyjnymi)
8. w przypadku zaawansowanej żółtaczki mechanicznej z poszerzeniem dróg żółciowych wewnątrzwątrobowych lub znacznego zwężenia dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych u chorego należy wykonać cholangiopankreatografię wsteczną ECPW lub cholangiografię rezonansu magnetycznego MRCP i rozważyć

proteżowanie endoskopowe dróg żółciowych. Jest ono zalecane szczególnie u chorych nieoperacyjnych (zły stan ogólny) lub w przypadku stwierdzenia przerzutów odległych

W zakresie leczenia

- w przypadku zmian uznanych przedoperacyjnie za potencjalnie resekcyjne chory powinien mieć wykonaną anatomiczną lub nieanatomiczną resekcję wątroby wraz ze zmianą/zmianami ogniskowymi z zachowaniem zasad radykalności onkologicznej
- konieczne jest pozostawienie właściwej objętości miększu wątroby zdolnego do pokrycia potrzeb metabolicznych w okresie około- i pooperacyjnym
- zaleca się, by w przypadkach nieresekcyjnych lub jako uzupełnienie resekcji, ośrodek miał możliwość wykorzystania metod paliatywnego leczenia lokoregionalnego
- do rozważenia pozostaje limfadenektomia węzadła wątrobowo-dwunastniczego lub w razie potrzeby rozszerzona
- w przypadku niezweryfikowanych zmian nieresekcyjnych należy pobrać śródoperacyjnie z guza i/lub przerzutów materiał do badania histopatologicznego w celu ewentualnego umożliwienia zastosowania chemioterapii
- w przypadku zmian uznanych przedoperacyjnie za granicznie resekcyjne należy rozważyć neoadjuwantową chemioterapię
- po przeprowadzonej chemioterapii (lub radiochemioterapii) i ocenie jej skuteczności należy ponownie rozważyć możliwość wykonania zabiegu resekcyjnego