

Onkološka kirurgija

Onkološka kirurgija je veja kirurgije, ki se ukvarja z operativnim zdravljenjem nenevarnih in zločestih novotvorb. Kot vse druge veje kirurgije — splošna kirurgija, travmatologija, srčna in žilna kirurgija — je tudi onkološka kirurgija postala samostojna zaradi potrebe in specifičnosti njenega dela. Pri zdravljenju raka si kirurg tudi danes prizadeva, da bi odstranil tumor čimbolj v celoti. Rak pa je bolezen vsega organizma, zato je zelo pomembno, da je zdravljenje rakavega bolnika kombinirano in, če je le mogoče, usmerjeno na zdravljenje vsega obolelega organizma. Sodobna kemoterapija, radioterapija in imunoterapija dajejo s svojim hitrim razvojem velike možnosti boljših uspehov s kombiniranim kirurškim zdravljenjem. Kirurgija, kot veda, je možnosti zdravljenja po tehnični strani že dosegla. S kombiniranim zdravljenjem in boljšim poznavanjem celične biologije ter zaključki eksperimentalne znanstvene onkologije lahko kirurg svoje rezultate še izboljša in omogoči bolniku daljše preživetje.

Sestavek o onkološki kirurgiji bi razdelili takole:

1. Vloga kirurga v onkološki ekipi.
2. Kirurov odnos in potrebe ter bolnikov odnos in potrebe med zdravljenjem rakave bolezni.
3. Osnovne smernice v kirurški terapiji rakavega bolnika.

Vloga kirurga v onkološki ekipi

Navadno je tako, da zdravnik v splošni ambulanti ob sumu na rakavo bolezen napoti bolnika v bolnišnico. Po diagnostičnem postopku in ugotovitvi raka, nam je vodilo za organizirano zdravljenje timska obdelava bolnika. Zdravniki strokovnjaki več specialnosti se zberejo in določijo bolniku najboljši načrt zdravljenja. V tej ekipi sodelujejo internist, kemoterapevt, kirurg, radioterapevt in še drugi strokovnjaki. Vsak član take ekipe mora sodelovati aktivno in mora imeti za skupinsko delo naslednje kakovosti:

- za področje, ki ga zastopa, mora biti v celoti usposobljen na primer za radioterapevta, internista, kirurga ipd.;
- imeti mora široko znanje biologije iz razvoja rakavih bolezni;
- adekvatno mora obvladati stroke svojih timskih sodelavcev;
- s svojim znanjem mora sodelovati v timu in sprejeti vso odgovornost in seveda tudi posledice, ki bi izhajale iz zdravljenja rakavega bolnika.

Glavne značilnosti skupinskega dela so torej naslednje:

- popolna pristojnost v lastni stroki,

— neomejena pravica na področju specialnosti in
— delitev odgovornosti v bodočem poteku zdravljenja, ki ga je določila ekipa.

Ko ocenjuje operabilnost tumorja, je kirurg pogosto na križišču odločitve, ali je primer operabilen in če tveganje operacije v kakem primeru ni morda preveliko. V trenutkih odločitve je najbolje, če se kirurg vživi v bolnika.

Včasih je potrebno, da se upre celo kritiki kolegov, posebno pa laikov. Ko ugotovi, da tumor ni operabilen, le redkokateri od kirurgov zapre trebuh ali prsni koš brez bolečega občutka nemoči. Objektivnost v takih primerih pomeni skupek kirurgove odločnosti, znanja, izkušenj in osebnosti.

Kirurgov odnos in potrebe ter bolnikov odnos in potrebe med zdravljenjem rakave bolezni

Pri zdravljenju rakavega bolnika ne smemo pozabiti, da je bolnik človek in da ne gre le za bolezen. Od trenutka, ko je bolnik opazil prvi simptom svoje bolezni, se boji in želi si zaupanja v zdravnika, ki naj ga ne razočara. Beseda rak ima poseben pomen v spektru človekovih bolezni. Občutek, da se je v njegovem življenju pričel neki tuj, skrivnosten in destruktiven proces, navdá bolnika z zlo slutnjo in strahom.

V psiholoških medsebojnih odnosih bolnik—zdravstveni delavec, poznamo tri faze bolezni, in sicer:

- začetno,
- vmesno in
- končno fazo bolezni,

ki jih vse doživljata bolnik in zdravstveni delavec.

Začetno fazo bolezni, ki jo doživlja bolnik, označujejo: diagnostični postopek, sporočilo diagnoze bolniku, načrt zdravljenja in ocena začetnega uspeha zdravljenja. Operativni načrt terapije moramo bolniku pojasniti in razložiti, da je operacija pomemben korak v celotnem načrtu zdravljenja. Bolniku moramo povedati vse o načrtovani operaciji, npr.: o ileostomi, cekostomi, transplantaciji uretrov, amputaciji dojke ali okončine, eksartikulaciji ipd. Predoperacijska priprava bolniku olajša pooperacijsko psihično krizo, v katero pogosto zapade zaradi novega stanja organizma po operaciji. Menimo, da tako napravimo uvod v psihično in fizično rehabilitacijo operirancev.

Vmesna faza bolezni je stanje bolnikov, katerih bolezen se ni pozdravila in katerih zdravljenje zahteva dolgotrajen paliativni program zdravljenja. Bolnikove potrebe se v tej fazi razločujejo od potreb v začetni dobi: predvsem se pojavi občutek osamljenosti in povečano zaupanje do zdravnika. Posebno pri paliativnih kirurških posegih ima kirurg pomembno terapevtsko in psihično vlogo.

Končna faza bolezni: V tej fazi doživljata bolnik in zdravnik oziroma zdravstveni delavec problem smrti z vseh emocionalnih (čustvenih) vidikov. Bolnik je v tej fazi bolezni upravičen do človeškega dostojanstva in potrebuje vrhunski etični in moralni odnos vsakega zdravstvenega delavca, seveda tudi kirurga.

Vse faze bolnikove bolezni so dostikrat zapletene zaradi odnosa njegovih svojcev. Ti si večinoma med seboj pomagajo, včasih pa tudi silijo zdravnika v hipokrizijo, neresnico in mu otežujejo zdravljenje. Tudi za kirurga je prva začetna faza bolezni psihološko najlažja, saj je tu pozitivna akcija, ugotovljena bolezen in začetno zdravljenje. V vmesni fazi je položaj zdravnika težavnejši. To je doba, ko mora pošteno priznati, da se je začela bolezen širiti in da zdravljenje v začetni dobi ni zajezilo bolezni. Zdravnik v tej fazi nehote gleda na razvoj bolezni z odporom, saj pomeni to pravzaprav neuspeh njegovega poslanstva. Prav v tej dobi je bistvenega pomena njegova tesna povezava z bolnikom in odločen korak naprej po poti začrtane terapije.

V končni fazi bolezni se sreča zdravnik z neprijetno mislijo, da je ob smrti bolnika preživel človeka, ki ga je prosil za zdravljenje, pomoč in življenje.

Osnovne smernice v kirurški terapiji rakavega bolnika

Morda je bilo v prvih dveh odstavkih preveč besedi o pomenu ali vlogi in odnosu kirurga oziroma kateregakoli zdravnika do bolnika, vendar pa je vse, kar smo napisali, prav tisto, kar naj bolnika spremlja na operacijsko mizo in kar naj bo obvezni del predoperacijske priprave bolnika. Poleg predoperacijskih preiskav, rentgenskih, laboratorijskih in drugih pomeni psihična kondicija za bolnika prav toliko kot fizična. Psihična kondicija je tudi kirurgov zaveznik v pooperacijski dobi, ki je pogosto težavna in za psihično nepripravljenega bolnika zapletena.

Sestavek bi razdelili na dve poglavji, in sicer:

1. **Pojem kombiniranega zdravljenja v onkološki kirurgiji.**
2. **Onkološka kirurgija.**

Pojem kombiniranega zdravljenja v kirurški onkologiji

Poudariti moramo, da nasploh premalo uporabljamo zdravljenje, kombinirano z drugimi terapevtskimi vrstami zdravljenja (radioterapija, kemoterapija, hormonska terapija in imunoterapija).

Presegel bi okvir tega članka, če bi podrobno očrtal pomen kombiniranega zdravljenja. Posređoval pa bi samo nekaj osnovnih, vodilnih misli, razlogov za to zdravljenje, ker v le-tem onkološki kirurgi vidimo specifičnost in izboljšanje uspehov našega zdravljenja.

Osnovni koncepti kombinirane radiološko-kirurške terapije malignih tumorjev

Do začetka tega stoletja je bila kirurgija edina metoda za zdravljenje lokaliziranih rakavih obolenj. Spoznanje, da je z obsevanjem mogoče doseči selektivne letalne efekte na rakava tkiva, ki so za učinek ionizirajočih žarkov občutljivejša od normalnih tkiv, je v določenih primerih izpodrinilo mehanično odstranjevanje tumorjev ali pa sugeriralo kombinacijo zdravljenja.

Osnovni pogoji za izvajanje kombiniranega radiološko-kirurškega zdravljenja so naslednji:

1. Imenovana terapija je izvedljiva samo v medicinskih ustanovah, kjer imajo na voljo specializirane kadre in aparature za načrtno kombinirano zdravljenje.

2. Kombinirana radiološko-kirurška terapija naj se določi načrtovano in timsko.

Indikacije za kombinirano radiološko-kirurško zdravljenje (osnovna načela) so naslednje:

1. Kadar nam z radikalnim obsevalnim zdravljenjem ne uspe sterilizirati centralnih hipoksigeniranih delov malignih tumorjev, tedaj rezidualne predele tumorjev odstranimo kirurško.

2. Če je primarni tumor operabilen, ga zdravimo kirurško, limfogene metastaze v bezgavkah pa z obsevanjem.

3. Radiorezistentne limfogene metastaze zdravimo kirurško, zdravljenje primarnega, morebiti inoperabilnega tumorja dosežemo z radioterapijo.

4. Pri biološko agresivnih oblikah malignoma, ki so že v zgodnjih stadijih velika nevarnost za diseminacijo, razsev, kombiniramo radiološko in kirurško zdravljenje.

5. Kombinirano zdravljenje lahko v določenih primerih zmanjša obseg multilobarnosti kirurškega posega.

6. V vseh primerih, kjer pričakujemo boljše zdravljenje bolnika glede na naravo in lokalizacijo njegove bolezni.

Radiološko zdravljenje je lahko bodisi pred operacijo ali po njej. Vsako ima seveda svoje določene indikacije.

Osnovne misli kombinirane kemoterapevtsko-kirurške terapije malignih tumorjev

Kemoterapija je sistemska terapija, ki deluje na organizem kot celoto in ima namen pomagati primarnemu kirurškemu zdravljenju, čeprav bolnik ob času operacije nima znakov za metastaze. Osnovne misli pomožne kemoterapije v zvezi s primarnim kirurškim zdravljenjem so v tem, da naj bi kemoterapija vplivala na rakave celice, ki so pričele krožiti med samim kirurškim posegom ali med diagnostično obdelavo. Glavni namen te terapije je torej uničenje malignih celic, ki so se razpršile po kroženju med operativnim posegom in se še niso ugnezdile.

Seveda so pa še druge možnosti za kombinirano zdravljenje, tako npr.: kombinacije zdravljenja z obsevanjem, zdravljenja s citostatiki in operacije, kirurgije in zdravljenja s hormoni ter podobno.

Onkološka kirurgija

Onkološko kirurgijo lahko razdelimo glede na njen namen takole:

- a) radikalna oz. kurativna terapija,
- b) neradikalna oz. paliativna terapija,
- c) simptomatična terapija,
- d) adjuvantna terapija in
- e) rekonstruktivna terapija.

Radikalna oz. kurativna kirurška terapija

Gotovo je operativno zdravljenje raka mnogih lokalizacij še vedno vodilno, poudariti pa moramo, da pogosto dosegamo boljše rezultate s kombiniranim zdravljenjem.

Celotna odstranitev požiralnika in njegova nadomestitev z želodcem ali debelim črevesom, celotna odstranitev želodca, operativna odstranitev slinavke, celotnega debelega črevesja ali danke, so gotovo največji posegi kirurga v trebušni votlini pri rakavih obolenjih. V zadnjih letih je postala tudi kirurgija jeter aktualna, pri čemer se odstrani levi ali desni del jeter. Seveda pa je pri teh operacijah še vedno veliko tveganje zaradi nevarnosti krvavitev in nevarnosti, da odpove katera izmed 70 fizioloških funkcij, ki jih opravljajo jetra.

Indikacije za operacijo jeter zahtevajo natančno topografsko orientacijo o velikosti in lokalizaciji tumorja, pogosto pa je mogoče dokončni terapevtski načrt napraviti šele med operacijo.

Osnovna načela o zdravljenju dojke so stara že nad 300 let. Operativna terapija raka na dojki v kombinaciji z drugimi vrstami zdravljenja je mogočen kompleks terapevtskih ukrepov, ki daje tej bolezni zelo dobro prognozo.

Indikacije in tehnika za pljučne resekcije zaradi raka na tem organu so danes dobro izdelane in se te operacije opravljajo rutinsko.

Od leta 1896 dalje, ko je Halsted prvi radikalno odstranil dojko z aksilarnimi bezgavkami, se je kirurgija vse bolj usmerjala tudi na odstranitev obolelih regionarnih bezgavk, bodisi na vratu, pod pazduho, v dimljah, trebušni votlini ali retroperitonealno. Tudi te operacije so izčrpale skoraj že skrajne možnosti za operativno radikalnost. Pelvična evisceracija, to je operacija, s katero odstranimo vse organe male medenice bodisi pri možu ali ženi, je skoraj zgornja meja naših možnosti za terapijo rakavih obolenj v teh predelih.

Na tem mestu naj še omenimo, da je pri raku potrebna specifična operativna tehnika, če hočemo preprečiti razsev rakavih celic. Grobo tipanje rakave bule ali grobo ravnanje s tumorjem med operacijo sta lahko vzrok množičnemu odplavljanju rakavih celic v kri, kar je lahko kasneje vzrok metastaziranju in splošnemu razsevu (generalizaciji). Poleg tega so potrebne še druge tehnične metode pri operaciji, da preprečimo razsev malignih celic, npr. zapora arterij in ven operiranega področja, da preprečimo vstop maligni celici v splošni obtok, ligatura črevesja pred tumorjem in za njim, da se maligne celice ne bi širile po lumnu črevesa samega, izpiranje črevesja s posebno tekočino ipd.

Res je, da lahko operativno območje blokiramo glede razseva rakavih celic po krvni, ne pa po mezgovnični poti. Le-teh poti je namreč toliko in so tako prepletene, da blokada mezgovničnega sistema v operiranem območju ni mogoča. V tem območju nam torej lahko maligne celice uidejo v splošni obtok po mezgovnični poti. To je tudi eden izmed razlogov in indikacij za kemoterapijo med operacijo in po njej.

Neradikalna oz. paliativna kirurška terapija

Kirurgija in z njo vred kirurg ne končata svojega poslanstva po prvi operaciji, kjer je še bil mogoč radikalen operativni poseg, temveč spremljata bolnika skozi vse faze bolezni.

Pri t. i. »second-look« operacijah, katerih namen je kontrolirati naš prejšnji operativni in morda še drug terapevtski postopek, lahko ponovno odstranimo vnovič zrasli tumor in morebitne zasevke. To operacijo načrtujemo nekako 6 do 12 mesecev po prvi. Seveda je tudi pri indikaciji za to operacijo odločilnega pomena predvsem individualna presoja.

Mnogo pišejo o operativnem zdravljenju zasevkov in izvršenih je tudi mnogo operacij. Operativna odstranitev posamičnih metastaz (solitarnih) daje dobre rezultate. Ti posegi so praktično možni na vsakem organu: na pljučih, jetrih, bezgavkah idr. Novejše področje je operativno zdravljenje kostnih metastaz s patološkimi zlomi. V mislih imam osteosinteze, ki ob pravilni indikaciji in dobro izvršeni operaciji gotovo omogočijo bolniku zgodnjo mobilnost in rehabilitacijo, čeprav malignega procesa samega ne pozdravijo in si je treba pomagati tudi z drugimi načini zdravljenja.

Pri paliativnem kirurškem zdravljenju inoperabilnih tumorjev glave in vratu, dojke in rektuma je mnogo pripomoglo kriokirurško zdravljenje. To je zdravljenje, kjer uporabljamo zelo nizke temperature in tumor uničujemo z zmrznjenjem. Pri inoperabilnih, razpadajočih tumorjih dosegamo subjektivne in objektivne uspehe. Predvsem se zmanjša gmota tumorja, preprečuje se krvavitev, razpad, smrad, gnojenje. Pogosto lahko krajevno dosegamo celo izčiščenje rakavine in spontano epitelizacijo kožnega defekta, nastalega po kriokirurškem posegu. Granulacije po kriokirurškem posegu so namreč izredno vitalne in epitelizacija z robov rane je zelo hitra.

Zelo pomembni v paliativnem zdravljenju so tudi manjši kirurški posegi, npr.: ekscizije manjšega obsega, kot je na primer ekscizija inoperabilnega analnega raka z napravo dvocevne anusa praeternaturalisa ali ablacija dojke kot preventiva njenega razpada.

Onkološki kirurg ima predvsem na področju paliativne kirurgije najširše možnosti delovanja, ki pa nujno zahtevajo izredno skrbno nego, prevezovanje, psihični stik z bolnikom in vsem medicinskim osebjem.

Simptomatična kirurška terapija

Operativna terapija ima pri tej skupini operacij namen korigirati simptome. Če preti zadušitev zaradi tumorja v zgornjih dihalnih potih, izvršimo traheotomijo, pri tumorjih požiralnika, kjer bolnik ne more požirati hrane, napravimo želodčno stomo, t. i. Witzlovo fistulo, skozi katero lahko bolnika po operaciji hranimo. Zaradi nevzdržnih bolečin je v določenih primerih potreben poseg na hrbtnem mozgu, kjer prerežemo živčna vlakna, ki vodijo boleče impulze v možgane. Simptomatična kirurška terapija je zelo obširna, vendar pa je tudi pri tej terapiji nujno potrebna timska, skupinska obdelava bolnika. Operiranci zahtevajo za nego in kontrolo optimalne pogoje. Njih kondicija je navadno slaba in se moramo v pooperacijski dobi z vsemi razpoložljivimi sredstvi boriti proti preležanim, infekciji dihal, infekciji kože in gledati, da nam bolniki duševno ne klonejo.

Adjuvantna kirurška terapija

Sem sodi kirurška, hormonalna terapija tumorjev, ki je že vrsto let znana po vsem svetu. Od posegov na tem področju delamo kastracije, odstranitev nadledvične žleze na obeh straneh in končno še hipofize.

Najbolj znana je ta terapija pri raku na dojki, če nam ni uspelo bolezen zajeti z radikalno operacijo in radioterapijo.

Med adjuvantno kirurško terapijo prištevamo tudi arterialne perfuzije s kemoterapevtiki in implantacijo tumorjev z izotopi. Terapija je uspešna ob pravilno

določeni indikaciji, čeprav imamo težave z bolniki v pooperacijski dobi zaradi slabe splošne kondicije in problemov, ki jih poznamo iz gerontologije.

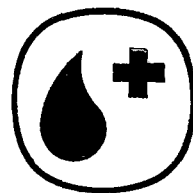
Rekonstruktivna kirurška terapija

Operativno področje obsega plastično kirurgijo v onkologiji in transplantacijo organov. Posebnega pomena za onkologijo je homotransplantacija celotnih organov pri človeku v zvezi z odstranitvijo celotnega rakavega organa.

Seveda so te operacije omejenega pomena zaradi narave te bolezni, ki dela zasevke in se generalizira. Tako sta bili npr. pri otroku z obojestranskim Wilmsovim tumorjem odstranjeni obe ledvici in nadomeščeni z ledvicami drugega umrlega otroka. Podobno so operirali tudi na drugih organih, npr. na pljučih in jetrih. Na področju transplantacije organov pa je še mnogo nejasnosti ne tehnično-kirurških, temveč imunobioloških problemov, ki še čakajo na rešitev.

Darujte kri — rešujte življenja

Samo kri nadomesti kri



• Dolžnost zdravih prebivalcev je, da darujejo kri vsaj nekajkrat v življenju, saj je nehumano zanašati se samo na solidarnost drugih.

Dajanje krvi je izraz človečnosti, zato Rdeči križ pričakuje na odvzem krvi vse zdrave občane.