

Paliativno zdravljenje v onkološki kirurgiji

UDK 616-006.04-089-039.75

POVZETEK: *Dandanes je usoda mnogih rakavih bolnikov zelo ugodna. V bistvu je namen paliativnega kirurškega zdravljenja, da bolniku prihranimo trpljenje. Namen paliativnega zdravljenja pa ni le podaljšati življenje, če je kvaliteta slaba, temveč predvsem izboljšati kakovost življenja, ki je prav tako važna kot trajanje življenja.*

Opisane so različne oblike paliativne kirurgije: neposredna paliativna kirurgija, posredna paliativna kirurgija, sistemska paliativna kirurgija, kirurgija za lajšanje bolečine in paliativna kirurgija z namenom medikamentoznega zdravljenja.

PALLIATIVE TREATMENT IN ONCOLOGIC SURGERY. *Nowadays the prognosis of many cancer patients is very favourable. The essential goal of the palliative surgical treatment is to alleviate the patient's suffering. The aim of palliation is not only to prolong the patient's survival when the quality of life is poor, but first and foremost, to improve the quality of life, which is as important as the length of survival. Various forms of palliative surgery are presented: direct, indirect and endocrine palliative surgery, surgery in view of palliating pain and palliative surgery in view of medication.*

Znana je primerjava o hribolazcih, ki hodijo v gore zato, ker te pač so. Število medicinskih publikacij narašča iz leta v leto in človek se nehote vpraša, ali ne pišejo nekateri avtorji svojih knjig in publikacij zato, ker medicina pač obstaja.

Ta špekulativna misel zahteva logično vprašanje: ali je torej človek z gornjim naslovom umesten ali ne? Odgovor je: DA.

Zelo malo je napisanega o paliativnem zdravljenju v onkološki kirurgiji. Že tako pesimistični rakav bolnik se dostikrat posvetuje z enako pesimistično razpoloženim zdravstvenim delavcem in uspeh tega posveta je jasen, saj se pesimizem samo stopnjuje in prej ali slej vodi v obup.

Danes je usoda mnogih rakavih bolnikov zelo ugodna. Z drugimi besedami, pesimizem zdravstvenega delavca in bolnika lahko s pravilno poučenostjo in razlago spreobrnemo v obojestransko pozitiven optimizem, ki je osnovni pogoj za uspešno zdravljenje.

Pri zdravljenju rakavega bolnika ne smemo pozabiti, da je bolnik človek in da ne gre le za bolezen. Psihični in emocionalni problemi so pri rakavem bolniku še posebej v ospredju, kar v toliki meri ne velja pri drugih boleznih.

Beseda rak ima posebno vlogo v spektru človekovih bolezni. Občutek, da je neki tuj, skrivnosten in destruktivni proces stopil v njegovo življenje, navda bolnika z zlo slutnjo in strahom. Bolnik se počuti brez pomoči, če sreča besedo rak, ne tako kot pri drugih boleznih, ki so lahko tudi hude ali celo hujše, vendar o

njih nič ne ve, zato mu ime bolezni same ne daje, kot pri raku, predstave, da nobena stvar ne more menjati poteka bolezni v konec. Nasploh se zdi, da vzame vsak človek smrt zaradi raka kot neustrezno smrt, tj. takšno smrt, kakršne si ne bi izbral, če bi mogel izbirati.

V vseh obdobjih zdravljenja rakavega bolnika je torej izredno pomemben kontakt zdravstveni delavec-bolnik na zdravstveni in psihološki ravni. S pogovori, z večkratnimi kontakti ob bolniški postelji, v ambulanti ali pri bolniku na domu, se lahko ustvari tesen kontakt in zavest zaupanja, ki je osnovni pogoj za uspeh zdravljenja.

V bistvu je namen paliativnega kirurškega zdravljenja preprečiti bolnikovo trpljenje. Namen paliativnega zdravljenja pa ni le podaljšati življenja, če je kvaliteta slaba, temveč predvsem izboljšati kvaliteto življenja, ki je prav tako važna, kot je trajanje življenja.

Onkološki kirurg pa mora pri paliativnem kirurškem načinu zdravljenja pomisliti predvsem o

- operativni smrtnosti pri kirurškem načinu zdravljenja,
- pooperativnih komplikacijah in
- obsegu izkaženosti.

V onkologiji posebno v zadnjih letih poudarjamo pomen paliativnega kirurškega načina zdravljenja. Menimo, da ta način terapije še ni povsem izkoriščen, zato še posebej raziskujemo in propagiramo to vrsto zdravljenja na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Menimo, da sta z uspehi tega zdravljenja pogosto lahko zadovoljna terapevt in bolnik.

Paliativna kirurška terapija je lahko razdeljena na:

- neposredno paliativno kirurško terapijo,
- posredno paliativno kirurško terapijo,
- sistemsko paliativno kirurško terapijo,
- paliativno kirurško terapijo, ki zmanjšuje bolečine,
- paliativno kirurško terapijo z namenom medikamentoznega zdravljenja.

Pri vseh paliativnih operacijah je potrebno izvršiti določene preoperativne preiskave, ki nam dajo vpogled v krajevno stanje bolezni in v prisotnost oziroma odsotnost metastaz. Oceniti moramo tudi splošno kondicijo bolnika. To orientacijo nam dajo laboratorijske, biokemične, rentgenske in izotopne preiskave.

Tudi paliativne posege izvršimo lahko:

— kot **urgentne posege**, v primerih akutnih komplikacij, kot ilens krvavitev ali podobno in

— kot **intervalne posege**. Pri teh lahko preoperativno bolnika pripravimo na sam poseg v nekaj dneh, kar pri urgentnem posegu zaradi ogroženosti življenja ni mogoče. Pri urgentnih bolnikih moramo namreč operativni poseg izvršiti v nekaj urah.

Seveda pa med zdravljenjem rakavega bolnika nikoli ne smemo prezreti važnih simptomov, ki jih pri teh bolnikih pogosto opažamo. To so:

- bolečina,
- anemija,
- infekcije,

— problemi v zvezi s strjevanjem krvi, bodisi v obliki tromboz ali hemoragičnih diatez,

- prehranske motnje in
- problemi patoloških zlomov kosti.
- kondicija bolnika,
- razčlenitev naštetih simptomov in
- preoperativne preiskave,
- izkušnje zdravstvenega delavca in teama strokovnjakov, ki bolnika pregleda z namenom preprečiti trpljenje in ne samo podaljševati nekomfortno življenje, vse to je konglomerat dejavnikov paliativnega kirurškega zdravljenja.

NEPOSREDNO PALIATIVNO KIRURŠKO ZDRAVLJENJE

Sem štejemo tudi radikalne kirurške posege, če smo jih napravili ob prisotnosti metastaz na drugih organih. Nadalje štejemo med te posege kirurške odstranitve tumorjev v higienske namene, elektrokoagulacije tumorjev in uporabo kriokirurgije (tekoči dušik pri -196°C). Skupni cilj teh posegov je preprečitev bolnikovega trpljenja, krvavitve, gnojenja, smrada in neprijetnih izločkov. Lažje se namreč borimo mi in bolnik z metastazami na notranjih organih, kakor z razpadajočimi tumorji na površini telesa ali ust, grla, danke ipd.

Tumor na površini telesa, dojki, uhlju, danki, v ustni votlini lahko odstranimo v paliativne namene, če ga izrežemo s skalpelom. Odstranimo ga lahko tudi z elektroskalpelom. Menimo, da je taka odstranitev boljša, ker na mestu rezanja elektroskalpel povzroča povečano temperaturo in ni možno, da bi raznesli rakave celice v zdravo tkivo ali na preostalo rezo ploskev.

S kriokirurgijo lahko tumor sam zaledenimo. To je možno na tri načine:

- s kontaktno metodo, pri kateri sondo tiščimo na tumor in čakamo nekaj minut, da tumor zaledenimo do globine, do katere si zaledenitev želimo. Globino lahko kontroliramo s termoelementi, ki jih zabodemo iz okolice tumorja v globino, v katero želimo. Po določenem času dosežemo zaželeno stopnjo zaledenitve in sondo odmaknemo.

- Pri penetrantni metodi vtikamo kriosondo v tumorsko tkivo in ga tako zaledenimo.

- Pri metodi s pršilom razpršimo tekoči dušik na tumor in ga tako zaledenimo. Če je tumor velik, ga lahko večkrat izrežemo in bazo ponovno zaledenimo.

Bodisi z elektrokoagulacijo ali s kriokirurgijo uničimo tkivo z vročino ali mrazom. Mrtve celice in tkivo se morajo potem odluščiti od zdravega tkiva, kar traja 2—3 tedne. V tem obdobju moramo rano večkrat dnevno prevezovati in oskrbeti, da ne pride v že tako inficiranem področju še do ponovnih infekcij. Tudi tumorje v danki lahko z elektroskalpelom ali kriosondo uničimo in počakamo, da se mrtvo tkivo odlušči ali pa pozneje še ves predel bolnega tkiva in del zdravega tkiva izrežemo. Tak način zdravljenja v paliativni namen je izrednega pomena. Tako npr. brez paliativne operacije bolniku z inoperabilnim rakom danke le malo pomagamo. S paliativnimi metodami rakavo tkivo odstranimo z električno ali kriokirurško metodo in ga tako rešimo pojave tenezmov, bolečin, analnega diskomforta, gnojenja, krvavitve, nevzdržnega smrada zaradi razpadajočega tumorja v danki.

Bistvo je torej odstranitev rakavega tkiva kolikor mogoče v zdravo. Metoda je paliativna, ker je operacija vršena le lokalno, in ne zajema tudi mezogovničnega sistema in obveznega varnostnega roba radikalnih operativnih metod.

Če je le mogoče, glavnilno tumorja povsod odstranimo z namenom, da olajšamo in zboljšamo komfort življenja ali pa možnosti za dodatno boljše dostopno obsevalno zdravljenje ali podobno.

POSREDNO PALIATIVNO KIRURŠKO ZDRAVLJENJE

Tako imenujemo to zdravljenje zato, ker ne zdravimo primarnega tumorja, ampak le posledice obolenja.

Sem prištevamo:

- notranje deviacije in
- zunanje deviacije,
- intubacije votlih organov prebavnega in urinarnega trakta in
- kirurgijo metastaz.

— Med **notranje deviacije** prištevamo različne obvoze med črevesnimi vijugami, med želodcem in črevesom, požiralnikom in črevesom ter uretro in mehurjem ipd. Namen teh operacij je obiti stenozo črevesja oziroma zaporo, ki je ne moremo radikalno odstraniti, ker je primer inoperabilen ali pa je kondicija bolnika preslaba.

— Med **zunanje deviacije** štejemo različne stome, traheostome, Witzelove fistule, stome debelega črevesa, tankega črevesa, urinarnega trakta, neoveziko ipd.

— Pri **intubacijah** vložimo endoprotezo na mesto ožine, npr. pri raku na kardiji, vložimo endoprotezo na mesto kardije, ki sega nato še lijakasto navzgor in navzdol, ter tako premostimo zožitev.

S temi operacijami rakavemu bolniku ne podaljšamo življenja, temveč zboljšujemo komfort preostalega življenja.

- **Kirurgijo metastaz** lahko razdelimo:
- v kirurgijo kostnih metastaz,
- kirurgijo plevro-pulmonalnih metastaz,
- kirurgijo jetrnih metastaz,
- kirurgijo možganskih metastaz,
- kirurgijo metastaz v bezgavkah in
- kirurgijo drugih metastaz.

Kostne metastaze.

Kostne metastaze so najpogostnejši tumorji kosti. Spoznamo jih po bolečinah, z izotopnimi preiskavami, ki časovno najhitreje odkrijejo zasevke v kosteh, in z rentgenskim slikanjem. Taki zasevki se lahko pojavijo tudi 15 let po končanem primarnem zdravljenju rakavega tumorja (npr. raka na dojki).

Najpogostnejše so kostne metastaze po

- raku na dojki — v 35 0/0,
- raku prostate — v 15 0/0 in
- raku pljuč — v 15 0/0.

Z onkološko-terapevtskega stališča lahko delimo kostne metastaze

— v take, **ki reagirajo na zdravljenje** tako dobro, kot je reagiral primarni tumor, npr. metastaze hormonsko odvisnih rakavih obolenj dojke in prostate;

— v take, **ki ne reagirajo na zdravljenje.**

Nadalje delimo metastaze v tri **travmatološke terapevtske skupine:**

— v take kostne metastaze, kjer **je problem samo bolečina**, kot npr. zasevki v rebrih in medenici;

— v take, kjer je bolečina sekundarnega pomena in **obstaja nevarnost zloma zaradi teže telesa** (npr. metastaze v hrbtenici z nevarnostjo zloma in poškodbe hrbtne mozga);

— v take, **kjer obstaja nevarnost zloma po hoji** (npr. pri zasevkih v vratu femurja ali v dolgih kosteh okončin).

Vsi ti problemi resno posežejo v bolnikovo življenje in bistveno spremenijo tudi komfort življenja. Do sedaj mobilni bolnik postane imobilen in vezan na posteljo z vsem diskomfortom higienskih in rekreacijskih dejavnikov.

Dandanes je interna fiksacija ali artroplastika kostnih metastaz relativno enostavna operativna tehnika travmatologov, ki uporabljajo stabilno osteosintezo. Bolnik namreč po teh operacijah lahko začne z gibanjem okončine takoj po operaciji in je delna obremenitev dovoljena že kmalu po operaciji. Bolnik je torej zelo hitro na nogah.

Rehabilitacija teh bolnikov nam je prvenstvene važnosti.

Seveda pa radioterapija kostnih metastaz ostane še vedno pomembna v primerih, kjer kirurgija ni mogoča.

Plevro-pulmonalne metastaze:

Kirurgija pljučnih metastaz se je razvila v zadnjih 30 letih.

Uspehi operativnega zdravljenja pljučnih metastaz so dobri.

Rakavih obolenj, ki so znana po multiplih pljučnih metastazah, se ne lotevamo s kirurškim zdravljenjem, temveč operiramo samo primere posameznih metastaz.

Pleuralne metastaze se hitro pokažejo s svojimi znaki plevritisa, ki ga punktiramo in v torakalno votlino injiciramo citostatik.

Jetrne metastaze:

Kirurgija jetrnih metastaz je pravzaprav že stara in Garre že leta 1888 opisuje resekcijo jetrne metastaze pri rakavem obolenju debelega črevesa. Kasneje je zavladała praznina v operativnem zdravljenju jetrnih metastaz. Dandanes pa je mnogo poročil o jetrni kirurgiji v zvezi z jetrnimi metastazami.

Glavni kriteriji za operacijo jetrnih metastaz bi bili tile:

— zasevek mora biti omejen samo na en lobus jeter, ki pa ne smejo biti cirotična;

— preoperativne preiskave in operacija sama mora potrditi, da je jetrna metastaza edini preostali zasevek;

— končno odločitev za operativno zdravljenje jetrnih metastaz daje kondicija bolnika, histološka narava tumorja in izkušnost operaterja.

Možganske metastaze:

To je najnovejšo poglavje operativnega zdravljenja metastaz. Po določenih izkušnjah, če gre za eno samo metastazo, ki je omejena samo na eno polovico možgan in še to površno in v tako imenovani nevrološko nemi coni, je zdravljenje uspešno.

Metastaze v bezgavkah:

Kirurgija raka je kirurgija mezgovničnega sistema, je že pred 80 leti dejal Moynihan. V večini primerov že pri primarnem zdravljenju kirurg odstrani sosednje regionalne bezgavke s tumorjem vred. Lahko pa se pojavijo zasevki drugod, in če se, je kirurško zdravljenje najuspešnejše. Z operacijo preprečujemo razpad teh zasevkov, pa tudi operacijo bolniki dobro prenašajo.

Kirurgija drugih zasevkov:

Pogosto opažamo zasevke tudi drugod po koži, v stari operacijski rani ali na poti, kjer se zločeste celice širijo po krvni ali mezgovnični poti. Tudi na teh mestih je na mestu kirurško zdravljenje.

SISTEMSKA PALIATIVNA KIRURŠKA TERAPIJA

Nekatera rakava obolenja so občutljiva za spremembe hormonalnega okolja, druga pa ne. Rak dojke in rak prostate spadata med najboljčutiljivejše hormonalne tumorje nasploh.

Rak dojke je pod trojnimi hormonalnimi vplivom, tj. jajčnikov, nadledvičnih žlez in hipofize, vsaj do menopavze. Eno do dve leti po menopavzi vpliv jajčnikov popolnoma izgine.

Hormonska terapija je sistemska terapija in je lahko načelno ablativna, kjer žlezo kirurško odstranimo ali pa uničimo njeno delovanje z obsevanjem. Lahko je tudi aditivna, kjer pa dajemo hormonske preparate v obliki tablet ali injekcij. Bistvenega pomena je, da v vseh primerih spremenimo hormonsko okolje bolnika. Prednost ima kirurška hormonalna terapija, kjer dosežemo efekt, brž ko žlezo odstranimo, pri rentgenskem odstranjenju žlez pa moramo na efekt čakati več tednov.

Pod točno izbranimi indikacijami gotovo pomeni hormonska sistemska terapija pomemben člen v zdravljenju raka na dojki in prostati.

PALIATIVNA KIRURŠKA TERAPIJA, KI ZMANJŠUJE BOLEČINO

Bolečina ima objektivno in emocionalno komponento. Nič ni bolj subjektivnega kakor ugotovitev intenzitete bolečine. To pa je tudi osnova za nevrokirurški poseg z namenom, da zmanjšamo bolečino. Seveda pa je treba ugotoviti izvor bolečine in anatomsko pot bolečine.

Rak povzroča bolečine na najrazličnejše načine: od infiltracije živcev do natega živcev, pritiska na pokostnico, stiska živcev ipd. Ne smemo pa pozabiti dveh važnih dejavnikov, ki povzročajo bolečino, in to:

- tkivne anoksije zaradi zapore važnih prehranjevalnih žil in
- vnetje reakcije okoli tumorja.

Ta dva dejavnika nista živčnega izvora in nevrokirurško zdravljenje ne bo vplivalo na intenziteto njihove bolečine.

Če menimo, da bo bolnik živel vsaj še tri mesece, je ustrezno nevrokirurško zdravljenje bolnika. Izkušnje so pokazale, da je tako zdravljenje boljše kakor toksikomanija z narkotiki, posebno še pri hudo bolnih, kahektičnih rakavih bolnikih.

Antero-lateralna hordotomija je operacija brez rizika in daje dobre rezultate. Novi metodi sta še elektro- in kriohordotomija, katerih efekt je pa isti. Omenjajo

se še: intrakranialne traktotomije, parcialne stereotaktične destrukcije talamusa, prefrontalne levkotomije. Namen vseh teh operacij je, da bolečinskemu dražljaju preprečimo vstop v našo zavest.

PALIATIVNO KIRURŠKO ZDRAVLJENJE Z NAMENOM MEDIKAMENTOZNEGA ZDRAVLJENJA

Tukaj pridejo v poštev operacije, katerih namen je, da v arterije, ki napajajo tumor, vstavimo tanke cevke, skozi katere nato vbrizgavamo citostatike, katerih namen je uničevanje rakavih celic.

Take perfuzije se izvajajo pri tumorjih glave in vratu ter pri tumorjih jeter. Pri drugih lokalizacijah so se v glavnem opustile.

Za bolnika je tako zdravljenje uspešno, vendar pa zahtevno, predvsem zaradi precejšnje stopnje imobiliziranosti na posteljo in bližnjo okolico ter zaradi vpliva citostatika na organizem.

Čeprav je usoda paliativno kirurško zdravljenih bolnikov v končni fazi obolenja slaba, je potrebna vestna izbira indikacije za operacijo v prid bolniku, ne pa zaradi tehničnih akrobacij zdravnika, ki so brez koristi za bolnika. Borimo se za udobno življenje bolnika bolj kakor za podaljšanje nesrečnega bolnega življenja.

Pojem inoperabilni bolnik je potrebno ponovno in ponovno pretresti in v bistvu spremeniti. Zdravnik, v našem primeru kirurg, mora stalno premišljati o tem, kako bi vendarle bolniku v prid napravil zanj najboljši paliativni poseg. Menimo, da je potrebna določena smiselna stopnja agresivnosti pri paliativnem kirurškem zdravljenju rakavega bolnika.

Ves čas pa se moramo zavedati, da rešujemo človeka, rakavega bolnika. Zdravstveni delavec, pa tudi kirurg, se mora zavedati, da tudi takrat, ko je naredil za bolnika vse, kar je bilo v njegovi moči, dostojanstveno sprejme spoznanje, da bo bolnik umrl. Bolezen je prešla meje našega znanja in možnosti našega zdravljenja, zato je dolžnost, da tudi umirajočemu bolniku stojijo ob strani zdravstveni delavec in svojci, bodisi doma ali v bolnišnici.

Poslanstvo kirurga se ne konča ob operacijski mizi, temveč ob bolniku v bolnišnici, ambulantni, na domu in pri pomoči v umetnosti umiranja.

Gotovo je napačno, če bolnik v končni fazi življenja umira sam, opremljen s sodobnimi napravami za registracijo funkcij, ki usihajo, obremenjen z vsemi dosežki moderne tehnike, ki hoče podaljšati življenje, ki ugaša in ga ni mogoče več podaljšati.

Tudi z zdravljenjem moramo znati prenehati. Tu je potrebna etika, dostojanstvo ter veliko znanja in moči, da spoznavamo dejstvo, da je bilo naše zdravniško poslanstvo le neuspešno in da bolnik umira.

Pravijo, da v nesreči človek ni rad sam in smrt je pravzaprav nesreča. Zato je potrebno, da ga svojci obišejejo, seveda če to želijo, da je obdan z domačimi in da tudi zdravnik počaka na konec življenja, ki se izteka. Kakor je morda misel tuja, moram reči, da ob številnih smrtih, ki sem jih doživljal pri rakavih bolnikih, ne smemo pozabiti na dejstvo, da naj bo smrt lepa, dostojanstvena, neboleča. Menim, da se poslanstvo zdravstvenega delavca-klinika konča šele po smrti bolnika, ki pa naj jo doživita skupaj.