



144. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA RAKAVE BOLEZNI V SLOVENIJI

Novo mesto, 19. in 20. oktober 2007

VLOGA ONKOLOŠKE KIRURGIJE

Marko Hočevar, Eldar M. Gadžijev

Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

Uvod

Kirurgija je najstarejši in še danes najuspešnejši način zdravljenja solidnih tumorjev. Še ne tako dolgo je bil to tudi edini način zdravljenja raka. Kirurgija je v večini razvitega sveta postala del uradne medicine šele v drugi polovici 19. stoletja. Pred tem je bila del neuradne medicine, s katero so se največkrat ukvarjali brivci. Le-ti niso imeli ne anatomskega ne drugih medicinskih znanj. Običajno so se ukvarjali s preprostimi posegi, kot so to repozicije zvinov in zlomov, drenaže abscesov in oskrbe najrazličnejših ran. Še leta 1811 je lord Thurlow v angleškem parlamentu ob poskusu ustanovitve Kraljevega združenja kirurgov zaničevalno trdil, da imajo kirurgi samo toliko znanstvenega kot običajni mesarji. Z razvojem antiseptike, izumom gumijastih rokavic in splošne narkoze pa je kirurgija počasi postala del uradne medicine. Leta 1909 je Nobelovo nagrado za medicino dobil kirurg Theodor Kocher zaradi svojega prispevka k razvoju fiziologije in kirurgije ščitnice.

Kirurški posegi so se v tistem času ukvarjali tako z benignimi kot malignimi boleznimi. Ob koncu 19. stoletja je ameriški kirurg Halsted postavil znamenito hipotezo o postopnem širjenju malignih tumorjev. Njegovo delo je bila osnova onkologije vse do konca 60. prejšnjega stoletja, ko smo postopno dobili nove načine zdravljenja raka. Razvoj zlasti bazične znanosti je v tem času omogočil povsem drugačen pogled na biologijo tumorjev, kar je bil tudi razlog za spremenjeno vlogo kirurgije pri zdravljenju raka.

V zadnjih desetletjih 20. stoletja je zaradi čedalje obsežnejšega znanja prišlo do pojava specializiranosti medicine na različna ožja področja. Temu je sledila tudi kirurgija, ki se je specializirala po različnih organskih sistemih. »Organski« specialisti se še danes ukvarjajo tako z benigno kot maligno patologijo znotraj posameznih organskih sistemov. Zanimivo je, da se je že zelo zgodaj po pojavu »anatomske« specializacije kirurgije pokazalo, da imajo različni specialisti veliko skupnega, ko pride do kirurškega zdravljenja malignih tumorjev. Osnovna načela, tako biološka kot tudi kirurška, so enaka ne glede na različno anatomsko področje oz. na različen organski sistem. Tako se kirurško zdravljenje raka požiralnika ali raka prostate v osnovnih kirurških principih praktično ne razliku-

je. Zaradi teh spoznanj je bilo leta 1981 v Ženevi ustanovljeno evropsko združenje onkoloških kirurgov, ki združuje številne kirurge, ki se v svoji praksi pretežno ukvarjajo z rakavimi bolniki. Namen združenja je poudarjati pomen onkološke kirurgije v zdravljenju vseh vrst solidnega raka. Poznavanje osnovnih načel, raziskovanje in kirurške tehnike so skupne vsem onkološkim kirurgom ne glede na anatomsko vrsto tumorjev. Znotraj onkološke kirurgije so se tako po različnih anatomskih področjih širile iste kirurške tehnike. Primer je izolirana ekstremitetna perfuzija pri melanomu, ki se je pozneje z nekaj modifikacijami prenesla tako v področje jetrne kirurgije (izolirana perfuzija jeter) kot ginekologije (hipertermična perfuzija abdomna pri raku jajčnikov).

Onkološki kirurg je danes enakopraven član multidisciplinarnega tima, kjer skupaj s strokovnjaki komplementarnih strok (diagnostik, radioterapevt, internist onkolog) sodeluje pri vseh vidikih obravnave rakavih bolnikov – preventivi, diagnostiki, zdravljenju, sledenju in paliaciji. Od leta 2006 obstaja tudi enotna evropska specializacija onkološke kirurgije, ki poudarja tako kognitivno (kdaj in zakaj) kot tudi tehnično (kako) vlogo kirurgije.

Ocena sedanjega stanja

Kirurško zdravljenje raka je trenutno v Sloveniji urejeno zelo različno. Določene vrste raka se že nekaj časa koncentrirajo samo v večjih centrih (oba klinična centra, onkološki inštitut). Običajno so to sorazmerno redki tumorji (letna incidenca okoli 100 novih primerov v Sloveniji) s specifično umeščenostjo: tumorji centralnega živčnega sistema, področje glave in vratu, operabilni tumorji pljuč, požiralnika, jeter, trebušne slinavke, žolčnih vodov, sarkomi in endokrini tumorji. Koncentracija teh bolnikov je poleg dejstva, da je v večjih centrih razvita tudi večina ostale potrebne infrastrukture (diagnostika, intenzivno pooperativno zdravljenje, patologija ...) omogočila, da so rezultati zdravljenja teh zahtevnih vrst raka že danes primerljivi z rezultati zdravljenja v Evropi (glej rezultate študije Eurocare).

Pri nekaterih drugih zelo pogostih vrstah raka (letna incidenca več kot 1000 novih primerov) pa te bolnike operirajo kirurški na vseh kirurških oddelkih v Slo-

veniji. Takšne vrste raka so zlasti rak dojk, debelega črevesa in danke, prostate ter kože. Trenutno žal za večino vrst raka v Sloveniji še nimamo izdelanih smernic zdravljenja in kliničnih poti ali pa smernice imamo, vendar ni nobenega nadzora nad njihovim upoštevanjem. Glede na zelo različno kirurško znanje in izkušnje, različno razvitost ostale potrebne infrastrukture (diagnostika, pooperativa ...) so tudi rezultati zdravljenja po različnih bolnišnicah (regijah) zelo različni. Žal je skupna posledica približno 15 % slabše petletno preživetje slovenskih bolnikov s temi vrstami raka (rezultati Eurocare). Ker gre pri tem za bistveno večje število rakavih bolnikov kot pri tistih mestih, ki se koncentrirajo, je žal tudi končni rezultat zdravljenja raka v Sloveniji slabši kot v Evropi.

Predvideno nadaljnje organiziranje kirurškega zdravljenja raka na sekundarni in terciarni ravni – zaželeno stanje

Specifičnost obstoječih kirurških ustanov ob dveh kliničnih centrih, onkološkem inštitutu in regijskih ter ostalih kirurških bolnišnicah narekuje tako opredelitev sekundarne in terciarne ravni kirurške oskrbe rakavih bolnikov, ki bo omogočala dovolj hitro, enako kakovostno in smiselno kirurško pa tudi multidisciplinarno obravnavo, kadar bo to potrebno. Kirurško zdravljenje raka je tesno povezano s kakovostno diagnostiko, intenzivnim pooperativnim zdravljenjem in tudi informacijsko povezanostjo v vseh potrebnih segmentih obdelave bolnika.

Izdelava smernic zdravljenja, kliničnih poti in nadzor nad uresničevanjem le-teh na ravni države je predpogoj, če želimo doseči z Evropo primerljive rezultate zdravljenja raka.

Upoštevanje klinične poti posameznih vrst raka z opredelitvijo posegov za določeno patologijo in stadije raka in tudi zahtevnosti kirurške obdelave bo opredeljeno, kaj bodo kirurgi zdravili na sekundarnih in kaj na terciarnih ustanovah. Rakavo patologijo, ki bo sicer kirurško obravnavana na sekundarni ravni, bodo kirurgi reševali tudi v terciarnih ustanovah, ne pa obratno. Na sekundarni ravni naj bi operirali bolnike, ki imajo tako rakavo patologijo, ki jo je moč z nezapletenimi kirurškimi posegi radikalno odstra-

niti. Pri tem je brezpogojno natančno tako kirurško kot patološko zamejevanje bolezni. Zaradi zagotavljanja kakovostne kirurške oskrbe po sodobnih onkološkokirurških načelih in v multidisciplinarni ekipi bi bilo potrebno načrtovati usposobitev profila onkološkega kirurga s priznanjem te specializacije. Optimalno bi bilo, da bi bili onkološki kirurgi v terciarnih centrih zadolženi za izdelavo kliničnih poti in njihovo stalno ažuriranje. Onkološki kirurgi v sekundarnih centrih pa bi bili zadolženi za njihovo uresničevanje. Poleg tega je potrebno stalno strokovno izobraževanje za vse kirurge, ki operirajo rakavo patologijo s formalnim dokazilom o obvladanju znanja s področja onkološke kirurgije (certifikati udeležbe na strokovnih izobraževanjih).

Tiste vrste raka, ki so danes že skoncentrirane v terciarnih centrih (klinična centra in onkološki inštitut), bi bilo smotno še naprej operirati samo v teh centrih. V teh centrih je potrebna sprotna kontrola kakovosti dela in stalna primerjava rezultatov zdravljenja.

Pri ostalih vrstah raka bi bilo potrebno opredeliti centre, ki izpolnjujejo pogoje, določene v smernicah zdravljenja oz. kliničnih poteh za posamezne vrste raka. Več kot je primerov določene vrste raka, več bo tudi sekundarnih centrov, ki bodo te bolnike operirali. Pri tem bi bilo nujno potrebno upoštevati enakomerno regionalno zastopanost (npr. Primorska, Štajerska, Dolenjska, Koroška ...), saj bo samo to omogočilo kirurško oskrbo čim bližje doma. V nobenem primeru pa ne sme kakovost zdravljenja zaostajati zaradi bližine doma. V vseh sekundarnih centrih je ravno tako kot v terciarnih potreben sprotni nadzor kakovosti dela in stalna primerjava rezultatov zdravljenja.

Priporočena literatura

1. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Lasota MB, Coebergh JW, Santaquilani M; EUROCARE Working Group. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007; 8: 773-83.
2. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, Kunkler I; EUROCARE-4 Working Group. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCARE-4 data. *Lancet Oncol* 2007; 8: 784-96.
3. Richards M. EUROCARE-4 studies bring new data on cancer survival. *Lancet Oncol* 2007; 8: 752-3.