

PRISPEVEK ANESTEZIOLOGA IN INTENZIVISTA H KIRURŠKEMU ZDRAVLJENJU BOLNIKOV S SARKOMI RETROPERITONEALNEGA PROSTORA

*Mojca Senčar**

Sarkomi v retroperitonealnem prostoru so dokaj redke bolezni. Na Slovenskem jih vznikne približno pet na leto. Njihova razpoznavna in zdravljenje je tudi za izkušeno onkološko ekipo trd oreh. Pri zdravljenju bolnikov s takimi tumorji je kirurgija zelo pomembna. Namen pričujočega zapisa je, pokazati delež anesteziologa in intenzivista pri kirurškem zdravljenju bolnikov s sarkomi v retroperitonealnem prostoru na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

Operacije zaradi sarkomov v retroperitonealnem prostoru so največkrat dolgotrajne in zapletene, zato zahtevajo izkušeno kirurško ekipo z enako izkušenim anesteziologom in intenzivistom. Anesteziolog mora namreč skupaj s kirurgom pripraviti bolnika za operacijo. Vsaj okvirno mora poznati kirurgov operativni načrt, upošteva je pri tem možnost določenih intraoperativnih zapletov. Predvsem si mora v krvni banki zagotoviti dovolj krvi in krvnih derivatov. Poznati mora morebitne bolnikove spremljajoče bolezni. Oceniti mora zmogljivost življenjsko pomembnih organov in jo po potrebi podpreti. Med predoperacijsko pripravo bolnika lahko uredi odvzem krvi za avtotransfuzijo, če bolnik ni anemičen, sicer pa mora z železom in krvnimi derivati popraviti njegovo slabokrvnost. Hipoproteinemični bolniki imajo tudi mnogo več komplikacij v postoperativni dobi, zato je nujno vsaj delno popraviti hipoproteinemijo z nekajdnevno parenteralno prehrano. Čim boljše je bolnikovo stanje pred operacijo, tem krajše je okrevanje in redkejši so zapleti. Bolnik bo lahko hitro po operaciji deležen še kakšnega drugačnega onkološkega zdravljenja, če bo to potrebno. Za večino bolnikov z malignomi je spoznanje, da imajo raka, psihično hud udarec. Strah jih je bolezni, bojijo se operacije in njenih posledic. Mnogokrat samo pogovor z operaterjem in anesteziologom za bolnikovo pomiritev ni dovolj, in brez pomirjeval pogosto ne gre. Izbrati jih mora anesteziolog, ki bo vodil anestezijo.

Današnje anestezijske tehnike so v rokah izkušenega anesteziologa varne. Razširjeni monitoring omogoča nadzor nad delovanjem vitalnih organov med operacijo. Pri operacijah z velikimi izgubami krvi je najtežja pravilna ocena izgube krvi in vzdrževanje bolnikovega tekočinskega in elektrolitskega ravnotežja. Veliko bolnikov je po dolgotrajnih operacijah z velikimi izgubami krvi vsaj za nekaj časa priključenih na respirator. Tako se namreč borimo proti nastanku

* Prim. dr. med. Mojca Senčar, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 61000 Ljubljana

šokovnih pljuč. Po takšnih operacijah, posebno po reoperacijah, je po naših izkušnjah postoperativna doba dolga. spremljajo jo številne večje in manjše koagulacijske motnje zaradi obilnih transfuzij. Zaradi zmanjšane odpornosti organizma so tudi pogosti infekti. Celjenje je zaradi hipoproteinemije počasnejše. Pogosto je nujna daljša parenteralna prehrana zaradi dolgotrajne pareze črevesja.

Na Onkološkem inštitutu v Ljubljani smo v letih 1975 do 1991 operirali 85 bolnikov s sarkomom retroperitonealnega prostora. Od teh sem vključila v prikaz 54 bolnikov, katerih dokumentacija je bila popolna in so bili vse pooperacijsko obdobje v oskrbi Onkološkega Inštituta. Teh 54 bolnikov je bilo 80-krat operiranih zaradi sarkoma.

Od 54 bolnikov je bilo 32 žensk.

Njihova povprečna starost je bila 42 let, starostni razpon pa 11–76 let.

Tabela 1. Razporeditev po starosti

Starost	do 20 let	od 20–40 let	več kot 40 let
Ženske	5	6	21
Moški	3	9	10
Skupaj	8	15	31

Med 80 operacijami je bilo 65 reoperacij.

Vsaka operacija je trajala povprečno 5 ur in 15 minut, 26 jih je trajalo več kot 6 ur, najdaljša pa 13 ur.

Tabela 2. Trajanje operacij v urah:

do 2 uri	od 2 do 4 ure	od 4 do 6 ur	več kot 6 ur
7	27	20	26

Za vsako operacijo so porabili povprečno 4717 ml kristaloidov, 837 ml krvnih derivatov in 3207 ml krvi.

Pri 15 operacijah so porabili 5 l ali več krvi. Od tega so jo pri šestih porabili 5–10 litrov, pri petih več kot 10 litrov, med eno operacijo pa nadomestili 15,6 litra krvi.

Bolniki so se po operacijah zdravili v intenzivni negi povprečno 22 dni; 9 dni so potrebovali parenteralno prehrano; dodati so jim morali povprečno še 1195 ml krvi in 2227 ml krvnih derivatov. Veliko povprečno število dni intenzivne nege gre na račun zapletov po 30 operacijah (37,5%).

Tabela 3. Pooperacijski zapleti

Zaplet	Število bolnikov
Huda krvavitev	2
Šokovna pljuča (ARDS)	1
Krvavitev iz želodca	6
Enterokutana fistula	3
Pljučnica	4
Uroinfekt	6
Tromboza spodnje vene kave	2
Dehiscenca laparotomijske rane	2
Subfrenični absces	1
Akutna odpoved srca	2
Pljučna embolija	1
Skupaj	30

Vsi bolniki so operacijo preživel. Dva bolnika sta umrla tretji postoperativni dan zaradi odpovedi srca, ena bolnica je umrla 7 dan po operaciji s klinično sliko akutne odpovedi srca, vendar obdukcija vzroka smrti ni pokazala, ena bolnica pa je umrla deveti dan po operaciji zaradi pljučne embolije.

Postoperativna doba je pri 50 operacijah (62,5%) minila brez večjih zapletov.

Bolniki s sarkomi v retroperitonealnem prostoru so dokaj redki. Operacije malignih retroperitonealnih tumorjev so večinoma dolgotrajne, spremljajo jih velike izgube krvi in številni zapleti v postoperativni dobi. Vendar je za take bolnike kirurgija največkrat najpomembnejši ali celo edini način onkološkega zdravljenja, ki jim omogoča daljše preživetje. O tem morajo biti prepričani vsi strokovnjaki, ki pripravljajo bolnika za operacijo, med njo zanj skrbijo in tudi potem nad njim bdijo.