

MULTIDISCIPLINARNA OBRAVNAVA BOLNIKOV Z RAKI PREBAVIL

Vaneja Velenik, Franc Anderluh, Jernej Benedik, Marko Boc, Erik Breclj, Jasna But Hadžić, Maja Ebert Moltara, Ibrahim Edhemović, Zvezdana Hlebanja, Ana Jeromen, Tanja Mesti, Irena Oblak, Janja Ocvirk, Rok Petrič, Gašper Pilko, Martina Reberšek, Ajra Ščerov Ermenc, Neva Volk
Vsi: Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Prebavila so najpogostejša lokalizacija raka. Tim za zdravljenje rakov prebavil OI tako opravlja najboljše konziliarno dejavnost na OI, v UKC Ljubljana, UKC Maribor in SB Jesenice. Kljub takojšnji dostopnosti predstavitve bolnikov iz vseh slovenskih bolnišnic na enem izmed petih konzilijev del bolnikov ni predstavljen na konziliju in je zdravljen brez konziliarnega mnenja. Vsi, ki obravnavamo bolnike z rakom prebavil, se moramo zavedati, da le multidisciplinarna obravnava vsakega bolnika pred zdravljenjem omogoča izbiro zanj najustrežnejšega zdravljenja in najoptimalnejši izhod bolezni.

Predstavitev področja

Raki gastrointestinalnega trakta (GIT) zajemajo rake požiralnika, želodca, biliarnega sistema, trebušne slinavke, tankega in debelega črevesa, danke ter analnega kanala in anusa. So najpogostejši raki posameznega organskega sistema z incidenco 3.325 novozbolelih leta 2010, kar predstavlja 25,8 % vseh zbolelih za rakom. Tudi smrtnost zaradi rakov GIT je visoka, saj je leta 2010 zaradi njih umrlo 1.962 bolnikov (33,2 % vseh umrlih) (Tabela 1). Vzrok slabega preživetja bolnikov je tudi visok delež napredovale bolezni ob diagnozi: področno napredovalo bolezen ima ob diagnozi 60 % bolnikov z rakom debelega črevesa, razsejano bolezen pa 52 % bolnikov z rakom trebušne slinavke, 42 % bolnikov z rakom želodca, 38 % bolnikov z rakom požiralnika in 32 % bolnikov z rakom jeter.

Tabela 1: Incidenca in umrljivost zaradi rakov GIT 2010

	požiralnik	želodec	DČ	TČ	rektum	jetra	Žolčnik žol.vodi	Drugo GIT	Trebušna slinavka	An.kanal anus
zboleli	83	468	1537	42	538	157	62	98	325	15
umrli	76	398	525	13	264	193	66	60	364	3

Predstavitev multidisciplinarnega tima

V lanskem letu je multidisciplinarni tim sestavljalo 15 zdravnikov, in sicer dva kirurga onkologa, pet radioterapevtov onkologov in osem internistov onkologov. V letošnjem letu sta se nam pridružila še dva kirurga in ena radioterapevtka.

Oblike multidisciplinarne obravnave

Na konzilijih obravnavamo veliko število bolnikov, zato podajamo mnenje le na osnovi pregledane dokumentacije tako za bolnike z OI kot tudi iz drugih slovenskih bolnišnic. Le izjemoma so na konziliju prisotni posamezni bolniki, večinoma na njihovo željo za neposredni pogovor o predlaganem zdravljenju. V sklopu konzilija za gastrointestinalne tumorje na OI poteka 2-krat mesečno videokonferenca z abdominalnimi kirurgi iz SB Jesenice.

Podlage za multidisciplinarno obravnavo: Smernice in klinične poti

Člani tima smo sestavili smernice zdravljenja nekaterih rakov prebavil. Namenjene so strokovni in laični javnosti kot vodilo za usklajeno zdravljenje teh bolezni v Sloveniji.

Leta 2007 so v reviji Onkologija izšla priporočila za zdravljenje lokalno in/ali regionalno napredovalega raka danke, za adjuvantno zdravljenje bolnikov z rakom debelega črevesa in za sistemsko zdravljenje bolnikov z napredovalim rakom debelega črevesa in danke. Priporočila za sistemsko zdravljenje so bila dopolnjena leta 2009, celotne smernice pa ponovno napisane leta 2010.

Leta 2007 so bila objavljena priporočila za sistemsko zdravljenje napredovalega raka trebušne slinavke in napredovalega raka želodca. O doktrinarnem zdravljenju nemetastatskega raka požiralnika in želodca smo objavili več preglednih prispevkov, smernice pa so v pripravi.

Tudi o standardnem zdravljenju raka analnega kanala smo objavili prispevek leta 2007, obsežne smernice za obravnavo bolnikov z rakom analnega kanala in analnega roba pa so objavljene v zadnji številki revije Onkologija in na spletnem mestu OI.

Dokumentaciji bolnika mora biti priložen izpolnjen spretni konziliarni list nepotnega zdravnika (podatki o bolniku, bolezni, preiskavah, pridruženih boleznih, stanju zmogljivosti, dosedanjem zdravljenju itd). Konziliarni listi po vsebini niso enotno oblikovani za vse konzilije. Manj obsežni so za konzilije v UKC Ljubljana in UKC Maribor, saj tam kirurg oziroma internist predstavi bolnika in ustno posreduje potrebne informacije.

Število konzilijev in sestava

Člani tima sodelujemo na petih konzilijih, kjer obravnavamo bolnike z raki prebavil:

- a) na abdominalnem konziliju vsak torek na oddelku za abdominalno kirurgijo v UKC Ljubljana. Na konziliju so prisotni abdominalni kirurgi iz UKC Ljubljana, internist onkolog in radioterapevt onkolog z OI.
- b) na konziliju za tumorje prebavil vsako sredo na OI. Na konziliju je prisoten abdominalni kirurg z OI, internist onkolog, radioterapevt onkolog, jetrni kirurg iz UKC Ljubljana ter medicinski tehnik. V sklopu konzilija poteka tudi videokonferenca z abdominalnimi kirurgi iz SB Jesenice.
- c) na konziliju za tumorje prebavil v UKC Maribor ob sredah. Na konziliju sta prisotna torakalni kirurg in abdominalni kirurg iz UKC Maribor, internist onkolog in hematolog iz UKC Maribor, internist onkolog in radioterapevt onkolog z OI Ljubljana. Konzilij poteka 1-krat/14 dni.
- d) na konziliju za tumorje prebavil na Gastroenterološki interni kliniki (KOGE) UKC Ljubljana vsak četrtek. Prisotna sta abdominalni kirurg z OI in iz UKC ter gastroenterolog iz KOGE.

Poleg omenjenih konzilijev internisti onkologi našega tima redno sodelujejo na vsakotjedenskem melanomskem konziliju in na konziliju za možganske tumorje na OI.

Analiza multidisciplinarne obravnave za zadnje trimesečje 2013

Od oktobra do vključno decembra 2013 je tim na petih konzilijih (torakalnem, abdominalnem v UKC Ljubljana, na konziliju za tumorje prebavil v UKC Maribor, na OI in na KOGE) obravnaval 918 bolnikov, pri 914 le dokumentacijo, štirje bolniki pa so bili tudi prisotni (Tabela 2).

Predlog kazalnikov, po katerih bi merili uspešnost konziliarnega dela

Vsi bolniki z novoodkritim rakom prebavil naj bi bili predstavljeni in obravnavani na multidisciplinarnem konziliju pred zdravljenjem, saj to izboljša klinične

Tabela 2: Na konzilijih obravnavani bolniki s tumorji prebavil

	Št. obravnava	Popisi OI	Dokumenti drugih ustanov	Pred 1.th	Adjuvantno zdravljenje	Samo triaža	Ponovitev ali napredovanje
Abdominalni UKC	193	/	193	16	96	15	66
Torakalni UKC	55	19	36	21	6	17	11
Tumorji prebavil OI	299	194	105	104	81	25	89
telekonferenca	31	/	31	3	26	/	2
Tumorji prebavil Mb	199	74	125	44	69	30	53
Tumorji prebavil KOGE	141	/	141	141	/	141	/
SKUPAJ	918	287	631	329	278	228	221

strategije zdravljenja in s tem preživetje bolnikov. Razmerje med številom zbolelih in številom obravnavanih na konzilijih bi tako lahko bil eden od pokazateljev uspešnosti konziliarnega dela.

Na konziliju usklajujemo mnenja vseh treh strok onkološkega zdravljenja, zato morajo biti prisotni predstavniki vseh treh. Da mnenje podajata le dva, je strokovno nesprejemljivo. Popolnost glede zasedbe konzilija bi bil lahko kazalnik uspešnosti konziliarnega dela.

Predlog morebitne reorganizacije dela konzilijev in ostalih oblik multidisciplinarnе obravnave

Konziliji za rake prebavil so dobro organizirani in večinoma dobro izvedeni, zato korenite izboljšave niso potrebne. Problem vidimo v dejstvu, da je zdravljenje rakov prebavil v Sloveniji (razen radioterapije) še vedno decentralizirano in vsi bolniki niso predstavljeni na multidisciplinarnih konzilijih, kjer strokovnjaki sledimo vsem novostim v obravnavi bolezni in aktivno oblikujemo smernice. Predvsem v perifernih bolnišnicah bolniki bodisi niso obravnavani na konziliju pred zdravljenjem ali pa mnenje o nadaljnji obravnavi in zdravljenju ne podajajo člani tima za zdravljenje tumorjev prebavil (gre za odločitev posameznih zdravnikov bolnišnice ali po posvetu z upokoženimi onkologi). Dogaja se, da so takšna mnenja in tudi zdravljenje različna glede na naša priporočila.

Pogosto predstavlja bolnika na konziliju kirurg, ki je takrat zadolžen za konzilij, vendar osebno bolnika ne pozna. Dogaja se, da moramo že podana mnenja kasneje ob obisku bolnika na OI ob natančnejšem pregledu dokumentacije in bolnika spremeniti. Zato si želimo, da bolnika na konziliju predstavi lečeči zdravnik ali pa da bi se kirurg pred konzilijem bolj natančno seznanil z bolnikovo dokumentacijo.

Pogosto potrebujemo natančno mnenje radiologa o lokalni razširjenosti tumorja ali velikosti in številu metastaz in s tem povezano oceno o možnosti odstranitve bolezni. Zato si želimo, da bi bil reden član konzilija tudi radiolog.

Konzilij na KOGE poteka brez prisotnosti predstavnikov tretje stroke, radioterapije. Smiselno bi bilo, da bi zdravniki s KOGE onkološke bolnike predstavljali na abdominalnem konziliju v UKC. S tem bi zagotovili multidisciplinarno obravnavo, saj bi bil prisoten tudi radioterapevt.

Ocena potreb na državni ravni in predlog konziliarne oskrbe na državnem nivoju

S petimi konziliji in videokonferenco dobro pokrivamo konziliarno službo za rake prebavil v državi. Smiselno bi bilo skoncentrirati kirurgijo rakov debelega črevesa in danke in lokalno napredovalih rakov drugih lokalizacij prebavil (raka jeter, požiralnika in želodca) v le nekaterih centrih (npr. OI, UKC LJ in UKC MB), s tem pa bi tudi bistveno lažje zagotavljali kakovostno obravnavo vsakega bolnika na multidisciplinarnem konziliju. Zaenkrat pa bi bilo lahko naše konziliarno udejstvovanje boljše tudi z uvedbo videokonferenc s splošnimi bolnišnicami Murska Sobota, Celje, Novo Mesto, Slovenj Gradec, Izola in Šempeter pri Novi Gorici.

Zaključek

Za izbiro najustreznejšega zdravljenja bolnikov z rakom prebavil je nujna multidisciplinarna obravnavna na konzilijih strokovnjakov kirurgije, radioterapije in internistične onkologije. Centralizacija zdravljenja pogostih rakov prebavil (rak debelega črevesa in danke, rak požiralnika, rak želodca, rak jeter) bi omogočala konziliarno obravnavo vsakega bolnika.

Viri in literatura

1. Anderluh F, Secerov A, Oblak I, Velenik V. Zdravljenje nemetastatskega raka požiralnika. *Onkologija* 2007;2:106-8
2. Chang-Zheng Du, Jie Li, Jin Gu. Effect of multidisciplinary team treatment on outcomes of patients with gastrointestinal malignancy. *World J Gastroenterol* 2011;17:2013-8
3. Jeromen A, Oblak I, Anderluh F, Velenik V, Skoblar Vidmar M. Predoperativna radiokemoterapija pri bolnikih z neresektabilnim karcinomom želodca. *Onkologija* 2009;2:93-4
4. Oblak I, Velenik V, Anderluh F, Fras AP, Petrič P. Ploščatocelični karcinom analnega kanala *Onkologija* 2007; 1:17-9
5. Oblak I, Velenik V, Anderluh F, Skoblar Vidmar M, But Hadžić J, Breclj E in ostali. Smernice za obravnavo bolnikov s skvamoznoceličnim karcinomom analnega kanala in kože perinealno (analnega roba). *Onkologija* 2013;2:105-8
6. Oblak I, Velenik V, Anderluh F, Šegedin B. Pooperativno zdravljenje po radikalni resekciji adenokarcinoma želodca. *Onkologija*, ISSN 1408-1741, jun. 2006, leto 10, št. 1, str. 44-45

7. Rak v Sloveniji 2010. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2013.
8. Reberšek M, Hlebanja Z, Ocvirk J. Priporočila za adjuvantno zdravljenje bolnikov z rakom debelega črevesa. *Onkologija* 2007; 1: 26-7
9. Reberšek M, Hlebanja Z, Ocvirk J. Priporočila za sistemsko zdravljenje bolnikov z napredovalim rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija* 2007; 1:28-9
10. Reberšek M, Ocvirk J, Hlebanja Z, Benedik J, Volk N. Dopolnjena priporočila za sistemsko zdravljenje bolnikov z napredovalim rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija* 2009;1:11-5
11. Reberšek M, Škof E, Hlebanja Z, Ocvirk J. Priporočila za sistemsko zdravljenje bolnikov z napredovalim rakom trebušne slinavke. *Onkologija* 2007;2:100-1
12. Reberšek M, Škof E, Hlebanja Z, Ocvirk J. Priporočila za sistemsko zdravljenje napredovalega raka želodca. *Onkologija* 2007;2:102-3
13. Velenik V, Oblak I, Anderluh F. Priporočila za zdravljenje lokalno in/ali regionalno napredovalega raka danke. *Onkologija* 2007;1:32-3
14. Velenik V, Oblak I, Reberšek M, Potrč S, Omejc M in ostali. Smernice za obravnavo bolnikov z rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija* 2011:18-25