

Nekatera urgentna stanja v onkološki kirurgiji

Marko Snoj

Onkološka kirurgija je razmeroma nova veja kirurgije, ki se je intenzivneje razvila v zadnjih 30 letih zaradi porasta rakastih bolezni ter hitrega razvoja na področju radioterapije in kemoterapije. Področja, ki jih obravnava onkološka kirurgija, so zlasti kirurgija dojke, malignega melanoma, tumorjev mehkih tkiv in kosti, tumorjev glave in vratu ter abdominalna kirurgija na tistih področjih, kjer se prepleta delovanje različnih specialistov, ki zdravijo raka. Bistvo onkološke kirurgije je torej intenzivno timsko sodelovanje pri planiranju zdravljenja, v katerem ima kirurgija svoj delež ob prej omenjenih terapevtskih modalitetah.

V onkološki kirurgiji se pojavljajo številna urgentna stanja, ki jih moramo pravočasno spoznati in zdraviti, saj lahko sicer vodijo v poslabšanje zdravstvenega stanja in celo smrt bolnika. Znano je, da je kirurg tisti specialist, ki prvi vidi rakavega bolnika v 80% primerov, zlasti pri rakah čvrstih tkiv. Zaradi tega vidi tudi akutna dogajanja nekoliko pogosteje kot drugi specialisti, ki se ukvarjajo z zdravljenjem raka.

Pomembno področje onkološke kirurgije je tudi terapija specifičnih komplikacij onkološkega zdravljenja, to je radioterapije in kemoterapije. Pričujoči prispevek posvečam zlasti tej problematiki, ki je sicer razmeroma redka ter zato tudi redko obravnavana v strokovnih tekstih, je pa vendar pomembna zaradi pravočasne spoznavne in zdravljenja. Komplikacije, o katerih bo govora, srečujemo zlasti v specialistični dejavnosti, vendar naj bi bil z njimi seznanjen tudi zdravnik splošne prakse, da bo lahko bolnika pravočasno napotil na ustrezno mesto. V prispevku se bom omejil na dve komplikaciji specifičnega onkološkega zdravljenja, ki ju obravnava onkološka kirurgija - radiacijski enteritis in nevtropenični enterokolitis. Obe komplikaciji sta na srečo razmeroma redki, vendar vseeno dovolj pogosti, da je treba biti nanju pozoren.

KRONIČNI RADIACIJSKI ENTERITIS

V zdravljenju različnih oblik rakastih bolezni v področju medenice in trebuha pogosto uporabljamo tudi obsevanje. Tako teleradioterapija kot brahiradioterapija imata poleg uničevalnega učinka na rakaste celice tudi neželjene učinke na zdrava tkiva in organe v področju trebuha, zlasti na črevo. Posledice na črevesu se kažejo kot zgodnje in kasne. Akutni radiacijski enteritis je pri modernem obsevalnem zdravljenju blag in prehodan, bolj nadležen je kronični. Kronični radiacijski enteritis se pojavlja zlasti pri bolnicah srednjih let, ki so bile obsevane zaradi ginekološkega raka, redkeje pri starejših moških, zdravljenih zaradi raka

prostate, in pri mlajših moških, ki so bili zdravljeni zaradi malignih tumorjev testisa. Nanj je treba misliti tudi pri bolnikih, ki so bili obsevani zaradi raka debelega črevesja in danke. Poškodba je lahko lokalizirana kot proktitis, ileitis ali kolitis, večkrat pa je kombinacija le-teh. Patološko anatomsko se izraža kot poškodba sluznice (ulceracije in fisure), kot generalizirana poškodba črevesne stene (zlasti v submukozi) ter kot poškodba žil, ki spominja na tisto pri aterosklerozi. Funkcija tako okvarjenega črevesa je seveda močno okrnjena. Pride lahko tudi do nastanka stenozе ter zlepljenja sosednjih vijug črevesja. Klinično se kronični radiacijski enteritis kaže kot malabsorpcija, izločanje krvi z blatom, melena ali ileus. Zadnji zaplet predstavlja nujno kirurško stanje. Ker se načela zdravljenja te vrste ileusa razlikujejo od tistih, ki jih uporabljamo pri zdravljenju drugih oblik ileusa, je prav, da jih posebej poudarimo.

Sepso, malnutricijo ali elektrolitne motnje je treba, če je le mogoče, zdraviti pred operacijo. Pri izbiri mesta za laparatomijo se je treba izogibati koži, ki je očitno prizadeta z obsevanjem, ker je celjenje v takem področju bistveno slabše. Izogibati se je treba ekstenzivni adheziozami. Adhezije med vijugmi črevesja nastajajo zaradi ishemičnih predelov, ki so posledica obsevanja. S tem ko prerežemo adhezije med vijugami, prekinemo vaskularizacijo s sosednjih vijug, zato lahko ti deli črevesja kasneje nekrotizirajo ali perforirajo.

Če je le mogoče, ekscidiramo vse prizadeto črevo. Če tega ne moremo izvesti, moramo črevo vsaj na eni strani ekscidirati v zdravo. Anastomoze na obsevanem črevesju puščajo v visokem odstotku (tudi do 50%), če pa je vsaj en del črevesa zdrav, je ta odstotek bistveno nižji (do 7%). Priporočljiva je enoslojna šivalna tehnika, ki manj ishemizira anastomotsko področje kot dvoslojna.

Izogibati se moramo obvodnim anastomozam; kadar je le mogoče, je treba namesto tega narediti resekcijo črevesa in anastomozo. Če črevo, ki je prizadeto zaradi obsevanja, ostane izven obtoka blata, lahko postane izvor pooperativne sepse, lahko fistulira ali pa zakrvavi. Kadar delamo kolostomo, mora biti mesto zanjo pozorno izbrano. Za kolostomo izberemo del črevesa, ki je bil izven obsevalnega polja, sicer lahko nastanejo zapleti, kot so gangrena, stenoza ali krvavitev iz črevesa v kolostomi.

NEVTROPENIČNI ENTEROKOLITIS

Nevtropenični enterokolitis (tiflitis, ileocekalni sindrom) je klinični sindrom, opredeljen z abdominalno distenzijo, občutljivostjo trebuha po desni strani, vodeno drisko ter

zvečano telesno temperaturo, združeno z nevtropenijo. Najpogosteje se pojavlja pri bolnikih z levkemijo ter pri bolnikih z aplastično anemijo, ki dobivajo kemoterapijo, pojavlja pa se tudi pri bolnikih s solidnimi tumorji, ki dobivajo kemoterapijo.

Sindrom se začne ponavadi sedmi dan po močni nevtropeniji. Začetni znaki lahko posnemajo akutno vnetje slepiča, psevdomembranozni enterokolitis ali katerokoli akutno dogajanje v trebušni votlini. Diagnozo postavimo tako, da izključimo vse druge vzroke "akutnega abdomna". Za nevtropenični sindrom je značilna ulceracijska poškodba cekuma ali desnega kolona brez pridruženega vnetnega odgovora. Infiltracija črevesne stene z neoplastičnim procesom ne spada v sindrom. Prizadeti so lahko tudi drugi deli prebavnega trakta, toda te lezije ne napredujejo, medtem ko tiste v cekumu oziroma desnem kolonu napredujejo iz sluznične ulceracije v gangreno celotne stene. Najverjetnejši vzrok za to je slabša krvna preskrba desnega kolona, zlasti med distenzijo.

Natančna patogeneza sindroma ni povsem jasna. Kemoterapija poškoduje celice prebavnega trakta, ki se hitro delijo, nevtropenija, ki je prav tako posledica kemoterapije, pa omogoča bakterijsko invazijo črevesne stene. Okužba kasneje vodi k nekrozi posameznih slojev črevesne stene.

Diagnozo postavimo klinično, v pomoč pa sta nam nativna rentgenska slika trebuha, ki pokaže ravni ozkega črevesja z distendiranim cekumom, in CT, ki pokaže zadebljeno črevesno steno. Za izključitev psevdomembranoznega enterokolitisa je treba narediti previdno sigmoidoskopijo, v diagnostične postopke pa sodi tudi odvzem koprokultur na glive ter na *Clostridium difficile* in druge patogene bakterije.

Način zdravljenja je še vedno sporen. Začetno zdravljenje je vedno konzervativno: nazogastrična sukcija,

širokospektralni antibiotiki ter totalna parenteralna prehrana. Večina avtorjev se strinja, da je kirurško zdravljenje indicirano pri perforaciji, močni krvavitvi, abscesih, nekontrolirani sepsi, ali pa če se stanje ne izboljša s konzervativnim načinom zdravljenja. Ponavadi je treba narediti desno hemikolektomijo z ileostomo. Izogibati se je treba primarnih anastomoz črevesa.

Znano je, da imajo bolniki, ki so zdravljeni kirurško, boljše prognozo. Znano pa je tudi, da se nevtropenični enterokolitis ponavlja, tako da nekateri avtorji priporočajo elektivno desno hemikolektomijo po konzervativno ozdravljeni boleznih.

S prikazanimi stanji in njihovim zdravljenjem sem želel prikazati nekatere kompleksnejše oblike akutnih stanj v onkološki kirurgiji. Seveda poleg teh za onkološko kirurgijo specifičnih akutnih stanj obstajajo še številna druga, ki pa jih obravnavajo tudi druge veje kirurgije, zato jih v tem prikazu zaradi preobširnosti nisem zajel. Upam, da bo pričujoči prikaz tudi širšemu krogu bralcev omogočil vpogled v relativno slabo poznano ter sicer v ozkem krogu specialistov obravnavano problematiko.

Literatura

1. Wade DS, Nava HR, Douglass HO. Neutropenic enterocolitis. Clinical diagnosis and treatment. *Cancer* 1992; 69:17-23.
2. Galland RB, Spencer J. The surgical management of radiation enteritis. *Surgery* 1986; 99:133-8.