

# DOSTOPNOST DO KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA RAKA

Marko Hočevar

Onkološki inštitut Ljubljana

Kirurgija predstavlja najstarejši in še vedno najuspešnejši način zdravljenja solidnih tumorjev. Tudi danes, v dobi stereotaktičnega obsevanja in tarčnih zdravil, je prispevek kirurgije k ozdravitvi rakavih bolnikov najvišji od vseh načinov zdravljenja raka. Vendar pa se vloga kirurgije danes spreminja, kar je posledica razvoja zlasti bazične znanosti, ki je odprla povsem drugačen pogled na biologijo tumorjev. Onkološki kirurg je danes enakopraven član multidisciplinarnega tima, kjer skupaj s strokovnjaki komplementarnih strok (diagnostik, radioterapevt, internist onkolog) sodeluje pri celostni obravnavi bolnikov z rakom – preventivi, diagnostiki, zdravljenju, sledenju in paliaciji. Izrednega pomena za kirurga je zato osnovno znanje onkologije, ki mu omogoča dodatno kognitivno komponento njegovega dela – presojo o tem kdaj in zakaj. Tehnični vidiki kirurškega znanja –kako- so samo dopolnitev optimalnega načrtovanja in načina kirurškega zdravljenja.

Ob tem danes pri kirurškem zdravljenju raka naletimo na splošen problem specializiranosti in subspecializiranosti medicine. V zadnjih desetletjih 20. stoletja je namreč 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 danes ukvarjajo tako z benigno kot maligno patologijo znotraj posamičnih organskih sistemov. Zanimivo ob tem pa 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. Osnovni principi, tako biološki kot tudi kirurški, so enaki, ne glede na različno anatomsko regijo oziroma na različen organski sistem, v katerem je vzniknil rak. Tako se kirurško zdravljenje raka požiralnika ali raka prostate v osnovnih kirurških principih praktično ne razlikuje. Zaradi teh spoznanj je bilo leta 1981 v Ženevi ustanovljeno Evropsko združenje onkoloških kirurgov. Združuje številne kirurge, ki se v vsakdanjem delu ukvarjajo pretežno z bolniki z rakom. Namen združenja je poudarjati pomen onkološke kirurgije v zdravljenju vseh vrst solidnih rakov. Poznavanje osnovnih principov, 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 prenesle 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 (hiperter-

mična perfuzija abdominalna pri raku jajčnikov). Od leta 2006 obstaja tudi enotna evropska specializacije onkološke kirurgije.

Glavni problem kirurškega zdravljenja raka je njegova razpršenost po vseh kirurških oddelkih po Sloveniji. To velja zlasti za zelo pogoste vrste raka (letna incidenca več kot 1000 novih primerov). Sem sodijo: rak dojke, debelega črevesa in danke, prostate ter kože. Ob tem trenutno za večino vrst raka v Sloveniji žal še nimamo izdelanih enotnih smernic zdravljenja in kliničnih poti ali pa smernice imamo, vendar ni nobenega nadzora nad njihovim izvajanjem. 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. Posledica je približno 15% slabše petletno preživetje slovenskih bolnikov s temi vrstami raka v primerjavi z evropskim povprečjem (rezultati Eurocare). Ker gre pri tem za večino bolnikov z rakom, je žal tudi končni rezultat zdravljenja raka v Sloveniji slabši kot v Evropi.

Bolj optimistično je stanje pri redkih vrstah raka (letna incidenca nekaj 100 novih primerov v Sloveniji) in pri rakih s specifično lokalizacijo: tumorji centralnega živčnega sistema, področje glave in vratu, operabilni tumorji pljuč, požiralnika, jetr, trebušne slinavke, žolčnih vodov, sarkomi in endokrini tumorji. Te vrste raka se že tradicionalno zbirajo v večjih centrih, kjer je razvita tudi večina ostale potrebne infrastrukture (diagnostika, intenzivna pooperativna terapija, patologija...). To je omogočilo, da so rezultati zdravljenja teh zahtevnih vrst raka že danes primerljivi z rezultati zdravljenja v Evropi.

Problem kirurškega zdravljenja raka zato danes ni v njegovi nedostopnosti, ampak bolj v njegovi preveliki različnosti. Razpršenost po vseh bolnišnicah zvišuje dostopnost, kar pa pri zdravljenju raka žal ne pomeni vedno prednosti. Operacija, ki je pri večini vrst raka prvi način zdravljenja, je tako žal lahko tudi velika zamujena priložnost.

Za optimalen rezultat zdravljenja je nujna izdelava enotnih slovenskih smernic zdravljenja, kliničnih poti in kontrola nad izvajanjem le-teh na nivoju države.

S pomočjo priporočil, zapisanih v kliničnih poteh, bomo lahko identificirali tiste sekundarne in terciarne centre, ki bodo zagotavljali podobne rezultate zdravljenja. Maligno bolezen, ki bo kirurško obravnavana na sekundarni ravni, bi kirurgi lahko reševali tudi v terciarnih ustanovah, ne pa tudi obratno. Na sekundarni ravni naj bi operirali bolnike, ki imajo tako vrsto raka, ki jo je moč radikalno odstraniti z nezapletenimi kirurškimi posegi. Zaradi zagotavljanja kakovostne kirurške oskrbe po sodobnih onkološko-kirurških principih 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 posodabljanje. Onkološki kirurgi v sekundarnih centrih pa bi bili zadolženi za njihovo izvajanje. Poleg tega je potrebno stalno strokovno izobraževanje za vse kirurge, ki operirajo bolnike z rakom s formalnim dokazilom o obvladanju znanja s področja onkološke kirurgije (certifikati udeležbe na

strokovnih izobraževanjih).

Več ko je primerov določene vrste raka, več bo tudi sekundarnih centrov, kjer bodo ti bolniki operirani. 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 kvaliteta zdravljenja zaostajati zaradi bližine doma. V vseh sekundarnih centrih je ravno tako kot v terciarnih potrebna sprotna kontrola kvalitete dela in stalna primerjava rezultatov zdravljenja.

Tiste vrste raka, ki so že danes koncentrirane v terciarnih centrih (univerzitetna klinična centra in Onkološki inštitut Ljubljana), bi bilo smiselno še naprej operirati samo v teh centrih. V teh centrih je potrebna sprotna kontrola kvalitete dela in stalna primerjava rezultatov zdravljenja.

## Viri in literatura

1. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Lasota MB, Coebergh JW, Santaquilani M; EURO CARE Working group. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO CARE-4 study. *Lancet Oncol.* 2007 Sep;8(9):773-83
2. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, Kunkler I; EURO CARE-1 Working Group. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO CARE-4 data. *Lancet Oncol.* 2007 Sep;8(9):784-96
3. Richards M. EURO CARE-4 studies bring new data on cancer survival. *Lancet Oncol.* 2007 Sep;8(9):752-3.