

POSLEDICE PO KIRURŠKEM ZDRAVLJENJU RAKAVE BOLEZNI

Erik Brecelj

Onkološki inštitut Ljubljana

Poleg same ponovitve bolezni lahko pozne posledice kirurškega zdravljenja zelo vplivajo na kvaliteto življenja onkoloških bolnikov, vendar pa večinoma ne ogrožajo življenja bolj kot sama bolezen. Ker se večina kirurških bolnikov z rakom danes zdravi kombinirano z kemo in/ali radioterapijo, ne govorimo le o poznih posledicah kirurškega zdravljenja, temveč so tudi posledice »kombinirane«.

Kirurški posegi v onkologiji so diagnostični, paliativni in kurativni. Diagnostični posegi so kar najmanj invazivni, potrebni so le za postavitve diagnoze in zato navadno ne puščajo trajnih posledic. Paliativni posegi so čim manj škodljivi za bolnika, saj mu želimo z njimi le ublažiti težave in zato navadno niso radikalni. S kurabilnimi posegi skušamo pozdraviti lokoregionalno bolezen. Kirurško zdravljenje raka mora biti dovolj radikalno in obsežno, da se bolezen ne bi ponovila, hkrati pa mora bolniku pustiti čim manj posledic zdravljenja. Tudi z uporabo kombiniranega zdravljenja težimo k konzervirajočim in čim manj mutilantnim posegom. Zlasti pri lokalno napredovalih tumorjih bolnike že predoperativno zdravimo s kemo in/ali radioterapijo, kar včasih omogoča odstranitev tudi prej inoperabilnih tumorjev.

Osnove onkološke kirurgije so bile postavljene v začetku prejšnjega stoletja. Na osnovi razvoja medicinske tehnologije in znanstvenih dognanj so posegi postajali po eni strani manj mutilantni, po drugi strani pa tudi bolj obsežni. Lep primer prvega je kirurgija karcinoma dojke, ki je pred desetletji obsegala odstranitev dojke in prsne mišice z disekcijo pazdušnih bezgavk. Danes pri lokalno omejenih tumorjih lahko zadošča že tumorektomija z biopsijo varovalne bezgavke. Posledice prve in druge operacije so neprimerljive. Po drugi strani pa postaja kirurgija bolj radikalna in obsežna. Na primer pri peritonealno razširjenem kolorektalnem ali ovarijskem karcinomu lahko opravimo obsežno resekcijo peritoneja z metastazami, takšna bolezen je do pred kratkim veljala za neoperabilno. Tako obsežna operacija lahko podaljša preživetje, vendar pa pušča tudi več posledic zdravljenja.

Zadnja leta dobiva svoje mesto v onkološki kirurgiji tudi minimalno invazivna endoskopska kirurgija. Včasih je prevladovalo mnenje, da zanjo ni prostora v onkološki kirurgiji zaradi vprašljive radikalnosti operacije. Danes mnoge študije dokazujejo, da je v rokah izkušenega kirurga tudi endoskopska kirurgija dovolj varna za bolnika, hkrati pa je manj agresivna in mutilantna.

Lep primer razvoja kirurgije in kombiniranega zdravljenja je onkološko zdravljenje mezenhimskih tumorjev okončin. Operativni posegi zaradi raka na okončinah so lahko klasične amputacije s poznanimi funkcionalnimi izpadi. Večkrat pa pride v poštev, tudi zaradi kombiniranega zdravljenja, odstranitev tumorja z okolnim tkivom in ohranitev uda. Slednje je odvisno predvsem od možnosti ohranitve velikih žil in glavnih motoričnih živcev, oziroma vsaj enega živca. Obseg operacije in posledice so odvisne tudi od prizadetosti sklepov. Zelo pomembna za funkcionalnost uda je pri resekciji tumorjev na okončinah sama rekonstrukcija, ki je prilagojena vsakemu bolniku posebej.

Veliko skupino onkoloških operacij predstavljajo tako imenovane limfadenektomije. Najpogostejše so pazdušne limfadenektomije, predvsem zaradi operacij raka dojke, manj pogoste pa limfadenektomije ingvinalnih in vratnih bezgavk ter retroperitonealne disekcije. Pri teh operacijah navadno ohranimo mišice, večje žile in motorične živce razen, če jih je potrebno žrtvovati zaradi radikalnosti operacije. Posledice limfadenektomije na udih so edemi okončin, motnje senzibilitete, motnje gibljivosti in bolečine. Težave so lahko kronične in za bolnika zelo moteče in omejujoče, poslabša jih tudi fibroza.

Kirurški posegi v predelu glave in vratu zahtevajo dobro poznavanje anatomije zaradi prehoda možganskih živcev. Bolniki so še posebej občutljivi, ker posegi v tem delu poleg funkcionalnih posledic tudi spremenijo videz bolnika. Zelo pomembne so poškodbe motoričnih živcev. Poškodbe npr. facialnega živca povzročajo parezo obraznih mišic, poškodbe akcesornega živca pa ohromelost trapezoidne mišice, kar ima za posledico ovirano abdukcijo v ramenskem sklepu in vidno atrofijo te mišice. Tudi pri nevrokirurških posegih lahko pride do izpada možganskih živcev. Največkrat so novo odkriti maligni tumorji v možganih metastaze, zato le redkokdaj pride v poštev kirurško zdravljenje z metastazektomijo. Večino onkoloških nevrokirurških posegov opravijo zaradi primarnih možganskih tumorjev. Po takšnih operacijah so lahko bolniki popolnoma brez nevroloških izpadov, lahko pa so tudi zelo hudi. Motorične izpade pričakujemo pri posegu v predelu malih možganov in motoričnih predelov skorje oziroma možganskih poti.

Operacije zaradi raka grla so posebej mutilantne zaradi hudih posledic laringektomije.

Trajne poškodbe povratnega živca in posledična hripavost zaradi pareze glasilke pri operaciji ščitnice so danes zelo redke. V celoti lahko ocenjujemo kvaliteto življenja bolnikov po posegih v predelu glave in vratu po motoričnih izpadih, motnjah govora, požiranja, okusa in vonja in oceni bolečine.

Pri operacijah v predelu prsnega koša imajo lahko bolniki težave zaradi motene gibljivosti prsnega koša in posledično motenega dihanja. Resekcije pljuč zaradi karcinoma pustijo dolgoročne posledice zaradi zmanjšane volumna pljuč in pljučne kapacitete. Včasih pride do poškodbe freničnega živca in motenj gibljivosti prepone. Po kirurških posegih v predelu prsnega koša je pogosto prisotna kronična bolečina.

Bolniki s posegi na prebavnem traku so dolgoročno ogroženi zaradi prehrabnega deficita. V takih primerih lahko močno shujšajo in splošno

propadajo, zato je po operaciji zelo pomembna pravilna prehrana. Tudi več let po abdominalni operaciji lahko pride do hudih zapletov, ki zahtevajo urgenten poseg, na primer zaradi zarastlin ali stenoz.

Pri operativnih posegih na požiralniku, želodcu, trebušni slinavki in jetrih so žal, bolj kot pozne posledice zdravljenja, v ospredju slabi rezultati zdravljenja, saj je smrtnost bolnikov že prvo leto po operaciji velika. Po resekcijah v zgornjem abdomenu imajo lahko bolniki težave zaradi hujšanja, motenj prebave z bruhanjem, driskami ali obstipacijo. Pogoste so kronične bolečine.

Pri rekonstrukcijah po operaciji raka požiralnika so lahko težave zaradi zožitev na anastomози, kar je možno tudi pri holecistojejunalnih anastomozah pri kirurgiji hepatobiliarnega sistema.

Obsežna resekcija tankega črevesa povzroči »sindrom kratkega črevesa« z izpadom resorpcije hranil, vitaminov in elektrolitov in driskami po zaužitju hrane. Pri takih bolnikih je potrebna trajna parenteralna prehrana. Tudi pri izpeljavi stome na tankem črevesu imajo lahko bolniki velike težave zaradi izgube tekočin, elektrolitov in hranil in nege stome zaradi draženja kože. Takšnih težav pri stomah na širokem črevesju večinoma ni. Pomembno je, da se bolnik čimprej po operaciji sam nauči stomalne nege, prav pa je tudi, da so o tem poučeni njegovi svojci. Težave, ki nastopijo kasneje, so lahko zaradi parastomalnih kil, stenoz na izhodu črevesja in prolapsa stome. Zdravljenje je kirurško.

Nasprotno pri operativnih posegih na širokem črevesu kljub totalni kolektomiji bolniki večinoma nimajo večjih težav. Pri operacijah danke pa pogosto nastopijo težave zaradi uhajanja ali zastoja urina, obstipacije, drisk in inkontinence. Do teh težav lahko pride tudi pri operaciji prostate, muhurja in ginekoloških operacijah. Posledice kirurških posegov v medenici so zelo odvisne od kirurške tehnike. Posebno izrazite so težave pri izpraznitvah medeničnih organov. Pri takem bolniku je potrebno izpeljati trajno stomo za odvajanje urina in blata, zato so posledice takšne operacije lahko hude.

Poleg omenjenih težav pride pri operacijah v medenici in retroperitoneju pogosto do motenj spolnih funkcij, kar pogosto zanemarjamo. Gre za motnje impotence, erekcije, ejakulacije in pri ženskah za boleče spolne odnose, kar je seveda zlasti pomembno pri mlajših bolnikih. Vzroki so lahko organski in/ali psihogeni. Organski vzroki so lahko nevrogeni, vaskularni ali hormonske narave. Pogosto je vzrok težav poškodba živcev v medenici, zato je zelo pomembna ohranitvena kirurška tehnika.

Posegi v retroperitoneju so večkrat zahtevni, posledice pa ne tako izrazite, čeprav imajo bolniki pogosto kronične bolečine.

Trajne posledice kirurškega zdravljenja v onkologiji so pogoste, zato je pomembno, da bolnikom, poleg spremljanja osnovne bolezni, nudimo tudi ustrezno tovrstno pomoč. Posledic je manj, če je po operaciji izpeljana kvalitetna rehabilitacija. Prav je, da se ukvarjamo z ocenjevanjem uspešnosti zdravljenja, kot je na primer ocenjevanje preživetja, vendar pa ne smemo po-

zabiti na kvaliteto življenja onkoloških bolnikov. Poleg ozdravitve mora biti naš cilj tudi čimprejšnja in čim manj motena vrnitev onkološkega bolnika v svoje okolje.

Viri in literatura

1. Smrkolj V. Kirurgija. Ljubljana: Sledi 1995.
2. Townsend CM: Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice, 16th ed. Philadelphia: Saunders 2001.