

SLEDENJE BOLNIKOV PO RESEKCIJI PLJUČ ZARADI RAKA

Jože Jerman

Izvleček

Bolnike po operaciji pljučnega raka redno sledimo do konca življenja. Namen kontrolnih pregledov je zgodnje odkrivanje lokalne ponovitve oziroma razsoja raka, zdravstveno ukrepanje zaradi izboljšanja kvalitete bolnikovega življenja po pljučni operaciji in sistematično beleženje rezultatov zdravljenja, trajanja preživetja po operaciji ter ocenjevanje kvalitete življenja. To nam pomaga tudi ocenjevati kvaliteto našega dela.

Pogostost sledenja po operaciji

Splošna onkološka načela narekujejo redno dosmrtno sledenje bolnikov po operaciji zaradi pljučnega raka. Pogostost kontrolnih pregledov je razdeljena na tri obdobja. Prvi dve leti bolnike pregledujemo vsake tri mesece, od drugega do petega leta na šest mesecev, kasneje pa enkrat letno.

Vrste pregledov

Pri vsakem pregledu bolnika natančno vprašamo po težavah, ki jih ima zaradi samega operativnega posega in po znakih, značilnih za razsoj oziroma lokalno ponovitev bolezni (bolečina, dispnoa, kašelj, hemoptiza, hujšanje, disfagija, itd). Klinični pregled je usmerjen (Karnofsky indeks, bezgavke na vratu in supra-klavikularno, avskultacija pljuč), bolniku vedno slikamo tudi pljuča v dveh projekcijah. Smiselna je tudi kontrola hemograma in hepatograma. V primeru bronhoplastičnega posega ob prvi kontroli po treh mesecih lahko naredimo še bronhoskopijo, ki pa je nujna, če ima bolnik težave pri dihanju.

Razlogi za pooperativno sledenje bolnikov

1. Čimbolj zgodnje ugotavljanje lokalne ponovitve oziroma razsoja bolezni poveča možnosti za pravočasno dodatno operativno ali onkološko zdravljenje (1).

Na osnovi izvidov se odločimo za dopolnilne preiskave za razjasnitev kliničnih ugotovitev in patoloških laboratorijskih vrednosti. Tako sta pri bolečinah po kosteh indicirana scintigrafska preiskava okostja in rentgensko slikanje predelov s patološkim kopičenjem radioindikatorja; pri na novo nastalih glavobolih, vrtoglavicah in psihičnih spremembah CT glave; pri spremenjenem kašlju, hemoptizah in sumljivih novih zgostitvah na rentgenski sliki pljuč bronhoskopija; pri patoloških jeternih testih in bolečinah pod rebrih lokom pa UZ trebuha. Disfagija je lahko simptom razraščanja tumorja v mediastinumu in pritisku na požiralnik. V takem primeru je treba narediti rentgensko slikanje požiralnika,

ezofagoskopijo in pri nejasnih izvidih še CT mediastinuma. Povečane bezgavke na vratu ali supraklavikularno moramo citološko verficirati. Pri bolnikih s pnevmonektomijo so zvišanje temperature, slabo počutje, inapetenca ter bolečine sumljivi za pooperativni empiem; obilno izkašljevanje gnojne vsebine pri ležanju na zdravi strani pa za fistulo na krnu bronha.

Pomembno pa je poudariti, da zgodnje odkritje lokalnega recidiva ali oddaljenih metastaz le redko bistveno vpliva na podaljšanje bolnikovega preživetja, saj je ponovna radikalna pljučna operacija možna le izjemoma. V večini primerov gre le za paliativno zdravljenje z obsevanjem recidivnih tumorjev v pljučih ali bezgavkah v mediastinumu in na vratu ter bolečih kostnih metastaz. Ugodno ležeče solitarne možganske metastaze je smiselno operirati, sicer se jih pa obseva.

2. Pomoč in nasveti pri težavah, ki jih imajo bolniki zaradi samega operativnega posega in svetovanje za medikamentozno zdravljenje z namenom izboljšati kvaliteto življenja.

Posledica pljučne operacije so lahko določene težave, ki jih moramo bolniku pojasniti pri kontrolnem pregledu in primerno ukrepati. Najpogosteje gre za stalno ali periodično bolečino v predelu torakotomijske brazgotine ter za nelagodje zaradi hipestetičnega ali hiperestetičnega področja pektoralno na operirani strani. Oboje je posledica poškodbe interkostalnega živca pri torakotomiji. Pri občasnih bolečinah je indiciran analgetik, pri močni stalni bolečini pa bolnika napotimo v protibolečinsko ambulanto (interkostalna blokada, TENS, akupunktura itd). Druga težava je dispnoa pri manjšem ali večjem naporu kot posledica zmanjšanja pljučnega parenhima in rigidnejše stene prsnega koša po torakotomiji. Bolnik se mora psihično prilagoditi svojim novim - zmanjšanim fizičnim sposobnostim. S primernimi nasveti in ustreznimi zdravili skušamo zmanjšati posledice operativnega posega in tako skrbimo za kvaliteto bolnikovega življenja (2).

3. Zbiranje in statistična obdelava kliničnih podatkov in rezultatov operacij glede na preživetje in kvaliteto življenja.

Medicinska dokumentacija danes ni več možna brez sistematičnega zbiranja rezultatov kliničnih pregledov, laboratorijskih izvidov, rezultatov drugih preiskav, operacijskega zapisa, zapisa pooperacijskega poteka in kliničnih podatkov ter izvidov pri kontrolnih pregledih. Ti podatki morajo biti zabeleženi v taki obliki, da sta možni računalniška in statistična obdelava. Zaradi tega so klasični popisi bolezni vse manj primerni in uveljavljajo se formularji z bolj ali manj natančnimi rubrikami. Vanje vpisujemo podatke iz anamneze in statusa bolnika, laboratorijske izvide in rezultate drugih preiskav, opis operacije, opis preparata, histološki izvid, potek zdravljenja po operaciji v obliki kvalitativnih in kvantitativnih spremenljivk. Ponavadi sta taka formularja dva: prvi s podatki ob prvem sprejemu bolnika na zdravljenje, drugi pa zajema podatke s kontrolnih pregledov. Z rednim sledenjem bolnikov in natančnim zbiranjem podatkov sočasno kontroliramo bolnikovo stanje in naše delo. Rezultate statistične

obdelave lahko primerjamo z rezultati iz prejšnjih obdobj in z rezultati drugih centrov, kar je dodatna kontrola uspešnosti in kvalitete našega dela.

Viri podatkov o bolnikih

Redni kontrolni pregledi so najboljši in najzanesljivejši vir podatkov o bolnikovem stanju. Poleg tega si lahko pomagamo še s podatki iz Registra raka za Slovenijo, z ambulantnimi zapisi zdravnika splošne prakse, s poizvedovanjem pri svojcih in s podatki o smrti bolnikov v Republiškem centralnem registru prebivalcev.

Prijava rakavih bolnikov je obvezna (3) in zakonsko opredeljena s pravilnikom. Register raka za Slovenijo deluje kot služba za zbiranje in obdelavo podatkov o incidenci raka in preživetju rakavih bolnikov. Zbira podatke, ki jih moramo ob prvem sprejemu, zdravljenju in kontrolnih pregledih zabeležiti na posebno prijavnico rakavega obolenja. Poročila Registra raka izidejo enkrat letno z dvado triletnim zaostankom.

Kontrolne preglede po operacijah zaradi raka opravi specialist kirurg, ki je bolnika operiral. V zadnjem času se uveljavlja mnenje, naj bi takega bolnika sledil splošni zdravnik, pregled pri kirurgu - operaterju pa je umesten samo pri nejasnosti ali odkritju napredovale bolezni. Pri sledenju rakavih bolnikov nas zanimajo težave po operaciji, presledek od operacije do pojava napredovanja bolezni, vrsta progressa (lokoregionalni recidiv, oddaljeni zasevki ali oboje) ter datum smrti. Vseh teh podatkov v Registru raka ne moremo dobiti. Podatke o smrti bolnikov lahko dobimo iz Republiškega centralnega registra prebivalcev, kjer so podatki stari približno 14 dni. Če bolnik ne pride na naročeni kontrolni pregled, lahko pisno prosimo svojce za podatke o njegovem zdravstvenem stanju. Ti podatki so po naših izkušnjah nepopolni in nezanesljivi. Najpopolnejše in najkvalitetnejše podatke, primerne za analizo rezultatov zdravljenja torej dobimo le z dobro dokumentiranimi rednimi kontrolnimi pregledi, pa čeprav nekateri menijo, da finančno niso upravičeni (4).

Ocenjevanje kvalitete življenja

O kvaliteti preživetja so začeli razmišljati po uvedbi kemoterapije v zdravljenje rakavih bolnikov. Tu gre za oceno razmerja med stranskimi in zdravilnimi učinki kemoterapevtikov (5). Podobno kot kemoterapija tudi operativni poseg lahko vpliva na kvaliteto življenja, še posebno operacije zaradi raka, ki so pogosto mutilantne. Sprva so nas zanimale samo bolečine, hujšanje, splošno počutje, težave pri dihanju itd. Sedaj pa poleg tega bolnika povprašamo še po stopnji fizične aktivnosti in zmožnosti za delo, o odnosu do življenja, do prihodnosti, po zaupanju v zdravljenje ter po psihičnih stanjih na primer skrbeh, pogumu, dvomih, žalosti, potrtosti, obupu itd (6). Pomoč bolniku z rakom pri njegovih fizičnih in psihičnih težavah po operaciji, je poleg zdravljenja v ožjem pomenu besede, še vedno naloga in humano poslanstvo našega poklica.

Literatura:

1. Sok M. Pooperativno sledenje bolnikov. V: Repše S, ed. Kirurgija želodca. Ljubljana: Kirurška šola, Kirurške klinike, Klinični center Ljubljana 1995: 226 - 231.
2. Saunders CM, Baum M. Quality of life during treatment for cancer. Br J Hosp Med 1992; 48: 119 - 123.
3. Incidenca raka v Sloveniji 1989. Poročilo Registra raka za Slovenije št. 31. Onkološki inštitut v Ljubljani, 1993.
4. Walsh GL et al. Is follow-up of lung cancer patients after resection medically indicated and cost-effective? Ann Thorac Surg 1995 Dec; 60 (6): 1563-1570.
5. Cella DF, Tulsky DS. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. Cancer Invest 1993; 11: 327-36.
6. Ruckdeschel JC, Piantadosi S. Quality of life in lung cancer surgical adjuvant trials. Chest 1994; 106: 324S-8S.