

Leczenie chirurgiczne w chorobie nowotworowej

Surgical treatment in cancer

Dariusz Nejc

Klinika Chirurgii Onkologicznej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Leczenie chorych na nowotwory jest leczeniem wielodyscyplinarnym, wymagającym współpracy wielu specjalistów. Podjęcie decyzji terapeutycznych i kwalifikacja chorego do optymalnego sposobu leczenia zależy od wielu czynników – między innymi: typu nowotworu, stopnia jego zaawansowania, ogólnego stanu i zgody chorego na leczenie.

Rola chirurga onkologa w leczeniu chorych na nowotwory w wielu przypadkach jest kluczowa, w innych stanowi uzupełnienie działań innych specjalności. Podstawową gałęzią chirurgii onkologicznej jest lecznicza, radykalna chirurgia uzupełniona elementami chirurgii rekonstrukcyjnej. Chirurgia rozpoznawcza, zapobiegawcza, redukcyjna i paliatywna stanowią dopełnienie obrazu chirurgii u chorych na nowotwory. Obecny dynamiczny rozwój w zakresie chemioterapii, hormonoterapii, technik stosowanych w radioterapii i chirurgii pozwala w określonych przypadkach na ograniczenie zakresu zabiegów chirurgicznych przeprowadzanych u chorych na nowotwory.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, leczenie chirurgiczne.

Abstract

The treatment of patients with cancer is multidisciplinary. The cooperation of many specialists is required. Adopting a therapeutic decisions and the selection of patients for optimal treatment depends on many factors – among other: the type of tumor, its stage, the general condition of the patient and consent to therapy.

The role of the surgeon to treat patients with cancer in many cases is essential in other complementary activities of other specialties. Primary branch of oncological surgery is curative, radical surgery supplemented by elements of reconstructive surgery. Exploratory surgery, preventive surgery, reducing and palliative surgery complement surgery in cancer patients. The current rapid development of chemotherapy, hormonal therapy, the techniques used in radiation therapy and surgery can in certain cases to reduce the range of surgical procedures performed in cancer patients.

Key words: cancer, surgical treatment.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Dariusz Nejc, Klinika Chirurgii Onkologicznej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. I. Paderewskiego 4, 93-509 Łódź, tel. +48 42 689 54 21

Leczenie chorych na nowotwory jest leczeniem wielodyscyplinarnym, wymagającym ścisłej współpracy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej, radioterapii, chirurgii onkologicznej, patologii nowotworów, medycyny nuklearnej, diagnostyki obrazowej czy psychoonkologii. Podjęcie decyzji terapeutycznych i kwalifikacja chorego do optymalnego sposobu leczenia zależy od wielu czynników – aby rozpocząć leczenie chorego na nowotwór, należy kolejno:

- rozpoznać chorobę,
- ocenić stopień jej zaawansowania,
- ocenić stan chorego,
- dobrać optymalny sposób leczenia – rodzaj zabiegu, zakres operacji,
- uzyskać zgodę chorego na proponowane leczenie.

Potwierdzenie złośliwego charakteru nowotworu uzyskuje się w wyniku badania cytologicznego, np. materiału z biopsji cienkoigłowej, bądź (optymalnie) w wyniku badania histopatologicznego

preparatu uzyskanego poprzez biopsję grubością lub wycinka chirurgicznego.

Ocena stopnia zaawansowania choroby pozwala na wybór najlepszego sposobu postępowania, umożliwia ocenę wyników leczenia, leży u podstawy porównania wyników leczenia różnymi metodami, a przede wszystkim ma znaczenie w rokowaniu. Do oceny stopnia zaawansowania choroby nowotworowej powszechnie przyjęto klasyfikację TNM, która jest systematycznie aktualizowana co dziesięć lat (ostatnia aktualizacja pochodzi z 2010 r.).

Oceny stanu chorego dokonuje się przy użyciu skali Karnofsky'ego lub WHO. Jest to niezbędny element do zaplanowania leczenia i wyboru optymalnego rodzaju terapii, który może być zastosowany u chorego.

Leczenie stosowane u chorych na nowotwory dzieli się na leczenie ogólnoustrojowe (systemowe) i leczenie miejscowe (lokoregionalne). Leczenie chirurgiczne, podobnie jak radioterapia, jest rodzajem leczenia lokoregionalnego, w odróżnieniu od chemioterapii czy hormonoterapii, które są stosowane w leczeniu ogólnoustrojowym. Leczenie chorego na nowotwór wymaga współcześnie ścisłej współpracy pomiędzy specjalistami wielu dziedzin medycyny. W określonych przypadkach leczenie rozpoczyna się od leczenia systemowego, a następnie stosuje leczenie chirurgiczne. W innych pierwszoplanowe jest leczenie chirurgiczne, które następnie wymaga leczenia systemowego, uzupełniającego leczenie miejscowe. W jeszcze innych przypadkach leczenie chirurgiczne nie powinno być stosowane lub jest traktowane wręcz jak błąd w sztuce lekarskiej. Możliwe jest również stosowanie tylko i wyłącznie leczenia chirurgicznego –

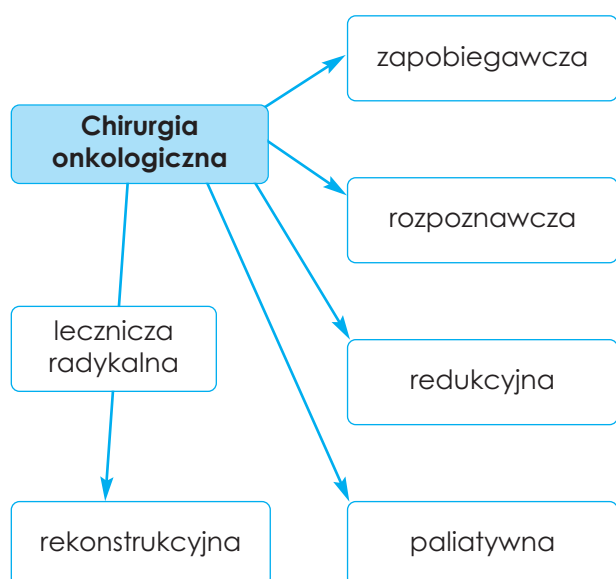
np. u chorych na nowotwory w niskim stopniu zaawansowania lub niewrażliwe na chemioterapię.

Rola chirurga onkologa w leczeniu chorych na nowotwory w wielu przypadkach jest kluczowa, w innych stanowi uzupełnienie działań innych specjalności. Podstawową gałęzią chirurgii onkologicznej jest lecznicza, radykalna chirurgia uzupełniona elementami chirurgii rekonstrukcyjnej. Chirurgia rozpoznawcza, zapobiegawcza, redukcyjna i paliatywna stanowią dopełnienie obrazu chirurgii u chorych na nowotwory (ryc. 1.).

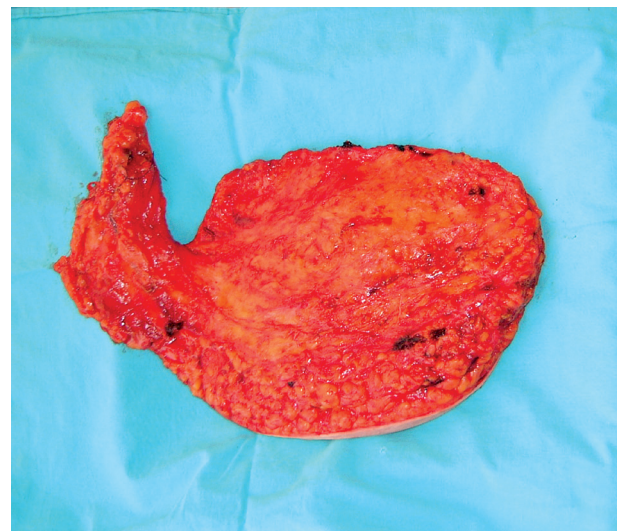
Podstawowy zakres chirurgii leczniczej, radykalnej obejmuje szerokie wycięcie guza pierwotnego wraz z odpowiednim marginesem tkanek niezmiennych oraz usunięcie regionalnych węzłów chłonnych (jeżeli jest to wskazane). Obowiązująca jest zasada resekcji tkanek w jednym bloku – to znaczy usunięcie narządu wraz z guzem i regionalnymi węzłami chłonnymi w jednym bloku tkankowym (ryc. 2.). Równie ważne jest stosowanie podczas zabiegu chirurgicznego zasad aseptyki onkologicznej – chirurg przygotowuje w obrębie tkanek niezmiennych, po usunięciu nowotworu zmienia narzędzia, rękawiczki, obłożenie pola operacyjnego i płucze ranę preparatami dezynfekującymi. Wymienione powyżej czynności mają zapobiegać wszczępieniu komórek nowotworowych w polu operowanym i uchronić chorego przed miejscowym nawrotem nowotworu.

Radykalne zabiegi chirurgiczne wykonywane u chorych na nowotwory są zabiegami okaleczającymi (usunięcie całego lub części narządu, w którym doszło do rozwoju nowotworu), w większości przypadków trwale zmieniającymi funkcję narządów. Wymagają one uzupełnienia operacjami rekonstrukcyjnymi lub onkoplastycznymi. Na przy-

Rycina 1. Schemat zakresu chirurgii onkologicznej



Rycina 2. Preparat po radykalnej modyfikowanej amputacji piersi – pierś usunięta w jednym bloku wraz z układem chłonnym pachy



kład usunięcie raka wargi dolnej wymaga zastosowania plastyki W-Y lub – w przypadku usuwania guzów o większym zaawansowaniu miejscowym – rekonstrukcji części lub całej wargi dolnej; po całkowitym usunięciu żołądka należy odtworzyć ciągłość przewodu pokarmowego z wytworzeniem „nowego” żołądka z jelita cienkiego; u chorych na raka piersi, u których można zastosować leczenie oszczędzające pierś, użycie metod onkoplastycznych pozwala na usunięcie guza z odpowiednim marginesem tkanek zdrowych i jednocześnie zachowanie prawie niezmiętej piersi; u chorych po radykalnej modyfikowanej amputacji piersi możliwa jest rekonstrukcja piersi różnymi technikami z tkanek własnych lub z zastosowaniem protezy piersi. Niestety, nie we wszystkich przypadkach po zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej możliwa jest rekonstrukcja chirurgiczna – chorzy po amputacjach kończyn wymagają zaopatrzenia w protezy zewnętrzne. Okaleczenie chorego jako powikłanie leczenia chirurgicznego oraz sama choroba nowotworowa niosą ze sobą poważne następstwa psychologiczne u chorych na nowotwory i ich rodzin – często wymagają oni opieki psychoonkologa.

Nie mniej ważne w chirurgii onkologicznej są zabiegi z zakresu chirurgii paliatywnej i redukcyjnej. Nie są to operacje przeprowadzane z zamiarem trwałego wyleczenia chorego, ale pozwalają na złagodzenie następstw choroby. Na przykład u chorych na nowotwory przewodu pokarmowego zabiegi te obejmują m.in. paliatywne resekcje, wytworzenie zespołów omijających, przetok odbarczających i odżywczych lub rozszerzenia zwężań. Zabiegi paliatywne zmniejszające masę guza nowotworowego (tzw. zabiegi cytoredukcyjne) ułatwiają leczenie cytostatykami lub umożliwiają zastosowanie radioterapii. Chirurgia paliatywna w onkologii obejmuje też zapobieganie stanom bezpośredniego zagrożenia życia i ich leczenie. Przykładowo do stanów tych można zaliczyć krwotoki z guza, przedziurawienie lub niedrożność przewodu pokarmowego.

Kolejne działania z zakresu chirurgii u chorych na nowotwory obejmują zabiegi chirurgii zapobiegawczej i rozpoznawczej.

Celem chirurgii zapobiegawczej jest przeciwdziałanie powstawaniu nowotworu złośliwego. Zabiegiem z zakresu chirurgii zapobiegawczej jest usuwanie zmian barwnikowych skóry, na podłożu których może dojść do rozwoju czerniaka skóry.

Chirurgia rozpoznawcza jest najbardziej ważnym rodzajem diagnostyki, stosowanym w onkologii, gdy zawiodą inne metody; do metod chirurgii rozpoznawczej zaliczane są: biopsja chirurgiczna, laparoscopia i laparotomia zwiadowcza.

Obecny dynamiczny rozwój w zakresie chemioterapii, hormonoterapii, technik stosowanych w ra-

dioterapii i chirurgii pozwala w określonych przypadkach na ograniczenie zakresu zabiegów chirurgicznych przeprowadzanych u chorych na nowotwory.

Do niedawna podstawowym i najczęściej wykonywanym w Polsce zabiegiem chirurgicznym u chorych na raka piersi była radykalna modyfikowana amputacja piersi. Zabieg polega na usunięciu piersi wraz z układem chłonnym pachy. Obarczony jest powikłaniami: obrzękiem kończyny górnej o różnym nasileniu, dolegliwościami bólowymi, zmniejszeniem ruchomości w stawie barkowym. Obecnie coraz częściej wykonywane jest u chorych na raka piersi chirurgiczne leczenie oszczędzające zarówno pierś, jak i układ chłonny pachy (wymaga leczenia uzupełniającego miejscowego lub systemowego). Zabieg polega na usunięciu guza z dwucentymetrowym marginesem zdrowych tkanek oraz biopsji węzła wartowniczego. Węzeł wartowniczy jest pierwszym węzłem chłonnym na drodze sływu chłonki z obszaru guza pierwotnego – węzłem, w którym prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów nowotworowych jest największe. Jeśli w węzle wartowniczym nie ma przerzutów, nie powinno ich być w pozostałych węzłach regionalnych; jeśli węzeł wartowniczy jest zajęty przerzutowo, pozostałe pachowe węzły regionalne mogą (choć nie muszą) być objęte chorobą – należy wtedy wykonać pełną limfadenektomię pachową. Zabieg oszczędzający łączy dbałość o jakość życia chorych (piers zostaje zachowana, usunięcie jednego węzła wartowniczego nie powoduje powikłań), zapewnia doszczętne leczenie u chorych w niskim stopniu zaawansowania choroby i niesie informację diagnostyczną (ocena stanu węzłów pachowych).

Podobnie u chorych na czerniaka skóry obserwuje się zmniejszenie zakresu zabiegów. Obecnie standardem jest usunięcie guza pierwotnego z 2–3-centymetrowym marginesem zdrowych tkanek oraz biopsja węzła wartowniczego, a usunięcie całej grupy regionalnych węzłów chłonnych przeprowadza się tylko w przypadku stwierdzenia przerzutów w węzle wartowniczym. Zabiegi polegające na usunięciu czerniaka skóry z marginesem 5 cm tkanek zdrowych i zapobiegawczym usunięciu węzłów regionalnych mają znaczenie historyczne, nie przynoszą korzyści chorym, stanowią znaczne okaleczenie i obarczone są licznymi powikłaniami.

Wprowadzenie nowoczesnych technik do chirurgii onkologicznej umożliwia przeprowadzanie zabiegów, których wykonanie do niedawna było niemożliwe lub obarczone powikłaniami często zagrażającymi życiu chorego. Na przykład zastosowanie staplerów ułatwia (czasem wręcz umożliwia) przednią resekcję odbytnicy u chorych na raka odbytnicy, a zastosowanie noża ultradźwiękowego i klipsów metalowych na naczynia usprawnia usuwanie guzów wątroby.

Kolejnym etapem „unowocześniania” chirurgii onkologicznej wydaje się robotyzacja. Nasuwa się jednak pytanie: czy w ten sposób zastąpimy wiedzę i doświadczenie specjalisty z zakresu chirurgii onkologicznej? Istnieje jeszcze jeden bardzo istotny aspekt w chirurgicznym leczeniu chorych na nowotwory: każdy chirurg podejmuje w trakcie operacji kluczowe decyzje – jaki ma być zakres zabiegu radykalnego, kiedy zaniechać operacji – od tych decyzji często zależy życie i jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową.