

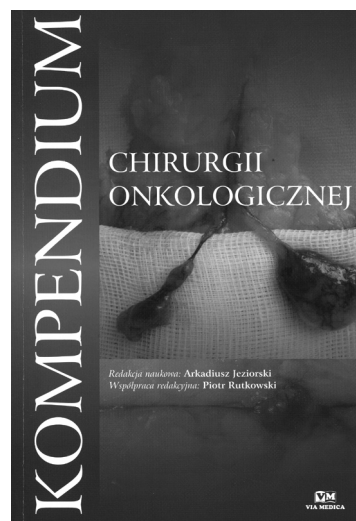
„Kompedium chirurgii onkologicznej”

Red. Arkadiusz Jeziorski; współpraca Piotr Rutkowski

Gdańsk: Via Medica, 2014, stron 425, ISBN 978-83-7599-760-6

Leczenie chirurgiczne nowotworów złośliwych jest częścią interdyscyplinarnej koncepcji. Rola zespołowego leczenia rośnie ze względu na dynamiczny rozwój specjalizacji, zarówno w aspekcie diagnostycznym (radiologia, histopatologia), jak i terapeutycznym (onkologia kliniczna, chirurgia, radioterapia). Poza pytaniami ściśle specjalistycznymi u podstaw współpracy znajdują się również elementy strukturalne i ekonomiczne. Ta koncepcja zawiera również pytania o to, kto powinien być leczony w ośrodkach chirurgii ogólnej, a kto w ośrodkach wysokospecjalistycznych, uniwersyteckich i centrach onkologicznych. Pełnej jasności wymaga optymalizacja kolejności leczenia: chirurgicznego, chemioterapeutycznego i radio-terapeutycznego. Nie do przecenienia jest również ocena wyników leczenia, które powinny odbiegać od przeciętnej w górę. Bardzo istotna jest technika chirurgiczna, i tutaj szkolenie powinno być monitorowane. Błędy w technice chirurgicznej są często nieodwracalne.

Leczenie chirurgiczne nowotworów jest najważniejszym postępowaniem w jednostkach onkologicznych ograniczonych do narządu. Postęp w wielu dyscyplinach onkologicznych umożliwia w ograniczonych przypadkach (takich jak przerzuty do wątroby, płuc i ograniczonych zmian w otrzewnej) uzyskanie wyleczenia. Granica pomiędzy operacją radykalną a paliatywną jest płynna. Radykalny zabieg chirurgiczny polega na całkowitym usunięciu nowotworu w granicach tkanek zdrowych w trzech wymiarach: bliższym, dalszym, obwodowym (R0). Dzięki leczeniu wielodyscyplinarnemu procent leczenia chirurgicznego radykalnego (R0) można podnieść nawet o kilkanaście punktów. Można to uzyskać dzięki wnikliwej współpracy z nowoczesną diagnostyką ra-



diologiczną i histopatologiczną. Zasady chirurgii onkologicznej i doświadczenie chirurga mogą być realizowane przy pomocy miniinwazyjnej chirurgii (MIC). Do chwili obecnej nie udowodniono, że MIC poprawia wyniki leczenia onkologicznego. Istnieje przy tym ryzyko, że nieudana operacja metodą MIC i związana z tym konieczność powrotu do klasycznej metody może pogorszyć wyniki leczenia. Metoda ta zapewnia jednak lepszy komfort pooperacyjny i szybszą rehabilitację chorych. Ocena marginesów wyciętego nowotworu wymaga ściślejszej współpracy pomiędzy histopatologiem a chirurgiem już w czasie operacji, a może w szczególności po niej. Chodzi tutaj o ocenę marginesów (czy nowotwór został usunięty w całości i czy taka szansa istnieje). Dokładna wymiana poglądów pomiędzy chirurgiem a histopatologiem, wspólne opracowanie zasad oznakowania usuniętych tkanek są nie do przecenienia. Dokładna ocena histopatologiczna jest podstawą do leczenia uzupełniającego (radio- i chemioterapii). Postęp, który się tutaj zaznaczył i dalej dynamicznie się rozwija, to np.: koncepcja węzła wartowniczego, obejmująca coraz więcej narządów.

Bezdiskusyjne jest unikanie rozsiewu nowotworu w trakcie operacji. W tym celu zasady powinny być następujące:

1. Wczesne podwiązanie naczyń żylnych i chłonnych.
2. Wczesne zamknięcie światła przewodu pokarmowego w jego części bliższej i dalszej w stosunku do guza.
3. Płukanie jamy brzusznej i odcinków przewodu pokarmowego (niektórzy stosują tutaj cytostatyki).
4. W czasie operacji należy dążyć do usunięcia pojedynczych przerzutów. Poprawia to wyraźnie wyniki leczenia.

Niezależnie od zasady dążenia do radykalnej operacji (całkowitego wycięcia) musimy, niestety, często się liczyć

z tzw. operacją paliatywną (gdy nie możemy usunąć nowotworu w całości). Pytanie, które stawia sobie chirurg, to: czy poprawimy jakość życia, czy też odwrotnie? Czy w wyniku tej operacji chory ma szansę na leczenie adiuwantowe?

Chirurg onkolog jest ONKOLOGIEM, który potrafi nie tylko wykonać operację perfekcyjnie, ale również docenia innych specjalistów i potrafi z nimi współpracować, w pełni doceniając pozachirurgiczne metody. Jest mediatorem w zespole wielodyscyplinarnym. Musi posiadać głęboką wiedzę o możliwościach i ograniczeniach tzw. niechirurgicznych metod. Obcowanie z nowotworami genetycznie silnie obciążonymi wymaga od niego znajomości genetyki i biologii nowotworu. Wiedzę tę powinien pozyskiwać poprzez ustawiczną wymianę poglądów z odpowiednimi specjalistami. Wskazania do profilaktycznego usuwania narządów (np. piersi, jelita grubego i jajników) to nie tylko technika chirurgiczna, ale również wielodyscyplinarna współpraca, której nieodłączną częścią powinien być psycholog. Chirurg onkolog jest najbardziej kompetentny we wdrażaniu nowych metod chirurgicznych, takich jak: radioterapia śródoperacyjna, wspomniane już MIC, HIPEC i inne.

Według Greama Postona — Prezesa Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej współpraca interdyscyplinarna (MDT) poprawia znacznie wyniki leczenia (20%) i jednocześnie optymalizuje koszty.

Według statystyk zachodnich (polskich nie znamy) 60% nowotworów można wyleczyć samą chirurgią. Należy wyraźnie określić, co może być diagnozowane i leczone przez ośrodki prywatne, szpitale ogólne, centra onkologiczne i uniwersyteckie. *Kompendium* jest dobrym przykładem współpracy ośrodków onkologicznych z uniwersyteckimi. Onkologia nie jest już specjalizacją wąskiego grona zainteresowanych, ale przedmiotem działania każdego lekarza. Współpraca chirurgów z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie tylko zwiększa szansę na wcześniejsze wykrycie nowotworu. Lekarz POZ powinien doradzać choremu, gdzie może uzyskać najbardziej kompetentną pomoc, z kolei chirurgowi powinno zależeć na tej współpracy, ponieważ to od tego lekarza kierowani są pacjenci. Bardzo ważna jest tutaj strategia opracowana przez NFZ. Wiadomo, że odpowiednio kierowane pieniądze w służbie zdrowia to takie, które wymuszają jakość leczenia. Współpraca z lekarzem POZ na poziomie wstępnej diagnostyki oraz opieki po leczeniu i opieki terminalnej powinna znacznie opróżnić korytarze szpitalne, często okupowane przez chorych w celu wy-

konania badań podstawowych (proste badanie kliniczne, usg, kolonoskopia, rtg, badanie krwi).

Kompendium chirurgii onkologicznej napisane jest przez wybitnych specjalistów – onkologów z ośrodków onkologicznych i uniwersyteckich. Współpraca między tymi ośrodkami powinna się stale rozwijać, gdyż każda z tych instytucji ma wiele do wniesienia. Pierwsze dwa rozdziały poświęcone są epidemiologii i diagnostyce i są skierowane do wszystkich lekarzy. Część trzecia skierowana jest przede wszystkim do chirurgów i specjalistów pozachirurgicznych. Zawiera opis najważniejszych zabiegów chirurgicznych, radioterapeutycznych i wskazań do chemioterapii. Jest to rozdział o strategii i taktyce leczenia onkologicznego. Czwarty rozdział, pt. „Inne aspekty chirurgii onkologicznej” porusza problem najnowocześniejszych metod leczenia, wdrażanych w najwybitniejszych ośrodkach onkologicznych na świecie. Skierowany jest przede wszystkim do ośrodków uniwersyteckich i centrów onkologii. Tematy tu poruszane powinny być wdrażane przez zespoły wybitnych specjalistów. Kolejność ich wdrażania powinna być następująca: opracowanie zagadnienia, przeszkolenie w ośrodkach już dysponujących doświadczeniem w tym zagadnieniu, uzgodnienia z NFZ, i dopiero na końcu — zakup cennej aparatury.

Kompendium chirurgii onkologicznej rozszerza wiedzę na temat komplikującego się z dnia na dzień procesu diagnostyki i leczenia onkologicznego, u którego podstaw leży walka o poprawę wyników leczenia, tzn. przeżycia i jakości życia. Lekarze POZ, pracujący prywatnie i w szpitalach powiatowych, potrzebują zwięzłego źródła informacji, co może w wielu przypadkach uchronić ich przed popełnieniem pomyłki. Jest to również podręcznik skierowany do studentów, którzy potrzebują jasnego spojrzenia na szeroko pojęty problem onkologii.

Gratuluję profesorom Arkadiuszowi Jeziorskiemu i Piotrowi Rutkowskiemu efektów, jakie osiągnęli poprzez stworzenie *Kompendium chirurgii onkologicznej*.

Jednocześnie polecam je wszystkim lekarzom. *Kompendium* to powinno znajdować się w ich podręcznej bibliotece.

Prof. dr hab. n. med. Paweł Murawa

Specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej

oraz organizacji ochrony zdrowia

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

w Poznaniu

e-mail: pawel.murawa@wco.pl