Zapowiadany przed 30–40 latami zmierzch chirurgicznego leczenia nowotworów, które miała zastąpić cudowna „tabletka na raka", nie nastąpił. Nic też nie wskazuje na to, by w najbliższej przyszłości nieinwazyjne metody terapeutyczne stały się skuteczniejsze, mniej jatrogenne czy tańsze. Wręcz przeciwnie: postęp w rozpoznawaniu nowotworów we wczesnych stadiach wymusi mało okaleczające i skuteczne leczenie chirurgiczne. Natomiast zmiany struktury zaawansowania zachorowań oraz lepsze możliwości przewidywania skuteczności tych terapii u konkretnego chorego spowodują konieczność spersonalizowanego leczenia.

Chirurgiczne leczenie nowotworów w Polsce: potrzeba czy konieczność?

W ciągu ostatnich kilkunastu lat w światowej chirurgii onkologicznej osiągnięto olbrzymi postęp jakościowy i ilościowy. Stały wzrost zachorowań łączy się z poprawą wczesnego wykrywania nowotworów i z coraz lepszą diagnostyką. Rosnąca świadomość społeczna i coraz mniej okaleczające metody leczenia chirurgicznego powodują, że więcej chorych decyduje się na leczenie operacyjne. W chirurgii onkologicznej istnieje wiele przykładów nowych procedur terapeutycznych. We wczesnych nowotworach wykonuje się weryfikację węzłów wartowniczych, która zapobiega niepotrzebnej limfadenektomii. W zaawansowanych stadiach nowotworów jamy brzusznej pojawiły się skuteczne zabiegi cytoredukcyjne połączone z chemioterapią wewnątrzotrzewnową w hipertermii. Należy także wymienić nowe, interdyscyplinarne metody leczenia nowotworów, jak na przykład śródoperacyjna radioterapia. To jednak nie nowości i nowinki stanowią o znaczeniu chirurgii w leczeniu nowotworów.

Chirurgia jest ciągle najważniejszą metodą leczenia onkologicznego, dając u znakomitej większości chorych realną możliwość wyleczenia. Jej znaczenie najlepiej ocenić, analizując informacje epidemiologiczne i inwentaryzacyjne. W 2008 roku w Polsce zachorowało na nowotwór złośliwy 131 tysięcy osób: uwzględniając niedorejestrowanie oraz wzrost zachorowalności, można przyjąć, że w 2010 roku zachorowało co najmniej 140 tysięcy osób. Liczba chorych na nowotwór złośliwy poddanych planowemu leczeniu chirurgicznemu w 2010 roku wyniosła 70–80 tysięcy, a liczba wszystkich procedur zabiegowych w całej onkologii 150–200 tyięcy. Prognozowana liczba wszystkich procedur zabiegowych w onkologii na 2020 rok wyniesie 250–300 tysięcy.

Zakres chirurgii onkologicznej w Polsce

Przedmiotem zainteresowania polskiej chirurgii onkologicznej są przede wszystkim raki piersi, jelita grubego, żołądka, trzustki, pęcherzyka, wątroby i dróg żółciowych, tarczycy, mięsaki tkanek miękkich i nowotwory skóry z czerniakiem włącznie. W 2010 roku na te nowotwory zachorowało w Polsce około 51 tysięcy osób, co stanowi 36% wszystkich

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Herman
jest specjalistą chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej, Krajowym Konsultantem w Dziedzinie Chirurgii Onkologicznej. Wieloletni członek zarządu i były Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (PTChO), członek zarządu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (ESSO). Od blisko 30 lat pracuje w Klinice Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Krakowie. Jego zainteresowania zawodowe obejmują między innymi nowotwory piersi, przewodu pokarmowego, mięsaki, czerniaka, ultrasonografię oraz zagadnienia związane z jakością leczenia i etyką zawodową.

zachorowań na nowotwory złośliwe. Chorych leczy się na oddziałach chirurgii onkologicznej i ogólnej. Około 80% poddano planowemu leczeniu chirurgicznemu. Zakładany przeszło trzydziestoprocentowy wzrost liczby zabiegów w prognozie na 2020 rok wynika z przewidywanego wzrostu zachorowań oraz ze zmiany struktury zaawansowań, oznaczającej więcej chorych w niższym stopniu zaawansowania. Spowoduje to, że więcej chorych będzie można zakwalifikować do planowego leczenia operacyjnego. Dodatkowo coraz więcej chorych jest planowo leczonych chirurgicznie kilkakrotnie: na przykład możliwe są trzy kolejne zabiegi u jednej chorej na raka piersi: kwadrantektomia, weryfikacja węzła wartowniczego i limfadenektomia. Można przyjąć, że w 2020 roku łączna liczba zabiegów w ośrodkach chirurgii onkologicznej, z podejrzeniem lub potwierdzeniem nowotworu złośliwego, przekroczy 150 tysięcy. Wymaga to ze strony organizatorów polskiej opieki zdrowotnej odpowiednio zaplanowanych działań przygotowawczych. Bez wątpienia będzie to trudne i kosztowne.

W 2010 roku blisko 66% chorych na nowotwory w wymienionym zakresie chirurgii onkologicznej planowo leczono na oddziałach chirurgii onkologicznej. Pozostałych chorych, także tych ze wskazaniami nagłymi: krwawieniem, perforacją, niedrożnością, leczono na oddziałach chirurgii ogólnej. Wiele znakomitych ośrodków klinicznych chirurgii ogólnej od lat zajmuje się leczeniem nowotworów trzustki czy wątroby, ale wykonywane z tych powodów zabiegi stanowią zaledwie 1% wszystkich zabiegów w chirurgii onkologicznej. Najczęstszy nowotwór, jakim jest rak piersi, stanowi jednak coraz większą domenę oddziałów chirurgii onkologicznej (86%), a nowotwory jelita grubego (zachorowalność zbliżona do raka piersi) leczy się w podobnej liczbie przypadków na oddziałach chirurgii onkologicznej i ogólnej.

Polscy chirurdzy onkolodzy, których jest prawie 600, wykonali w 2010 roku w 70 oddziałach chirurgii onkologicznej niemal 90 tysięcy zabiegów operacyjnych. Jest to więcej niż w innych specjalnościach zabiegowych, których przedstawiciele leczą operacyjnie nowotwory złośliwe (chirurgia ogólna, ginekologia, urologia, torakochirurgia, otolaryngologia czy neurochirurgia).

Jakich chorych onkologicznych może wyleczyć chirurgia?

Na przykładzie kilku nowotworów: raka piersi, jelita grubego, trzustki i płuca w tabeli przedstawiono strukturę zachorowalności i prognozowane wyleczenia w zależności od zaawansowania danego nowotworu. Prognozowany stosunkowo wysoki odsetek wyleczeń chorych na raka piersi i raka jelita grubego jest wynikiem tzw. „korzystniejszej" struktury zachorowań oraz skuteczniejszych metod leczenia w stopniach niezaawansowanych. W przyszłości spodziewana sekwencja wydarzeń będzie następująca: coraz więcej chorych na raka — coraz częściej zdiagnozowanych w lokalnym stadium zaawansowania — coraz więcej skutecznego leczenia radykalnego (chirurgicznego) — coraz lepiej dobrane i skuteczniejsze leczenie uzupełniające — coraz większa liczba wyleczonych. Spośród chorych wyleczonych z nowotworów piersi, przewodu i układu pokarmowego, skóry, mięsaków tkanek miękkich i raka tarczycy (typowy zakres chirurgii onkologicznej) szacuje się, że multidyscyplinarny sukces terapeutyczny jest możliwy u 66% chorych. W tej grupie ponad 80% stanowią wyleczeni dzięki leczeniu chirurgicznemu. Oczywiście, olbrzymia część chorych wymaga leczenia multidyscyplinarnego, dzięki któremu postęp w onkologii jest znaczący. Jednak nie należy zapominać o różnej skuteczności poszczególnych metod terapeutycznych. Ponadto w praktyce każdy chory odnosi korzyść z radykalnego usunięcia nowotworu: nawet jeśli nie spowoduje to wyleczenia, to co najmniej przedłuża życie. W przypadku innych, niechirurgicznych terapii onkologicznych, których skuteczność terapeutyczna jest znacznie mniejsza, u znaczącej, choć różnej w odmiennych nowotworach, części chorych stosuje się te metody bez wyraźnego efektu terapeutycznego, nie wspominając o działaniach niepożądanych.

Jakość chirurgii onkologicznej

Wszyscy onkolodzy zgadzają się, że jakość leczenia chirurgicznego i onkologicznego w istotny sposób wpływa na wyniki tego leczenia. Z przeprowadzonej inwentaryzacji, której szczegółowe wyniki będą opublikowane w najbliższym wydaniu czasopisma „Nowotwory" wynika, że szanse na wyleczenie polskich chorych onkologicznych różnią się w zależności od miejsca zamieszkania, od ośrodka, w którym chory jest leczony, i od specjalizacji lekarza. Różnice w przypadku niektórych nowotworów, ośrodków czy województw przekraczają 50%: konkretny chory może mieć o połowę mniejsze szanse na wyleczenie w zależności od miejsca leczenia. Dobrym wskaźnikiem jakości i nowoczesności chirurgii onkologicznej, lepszym od częstości wykonywania zabiegów oszczędzających w raku piersi, jest częstość wykonywania wspomnianej już wcześniej procedury usunięcia „węzła wartowniczego". Niestety, zabieg ten wykonuje się jedynie w 72% oddziałów chirurgii onkologicznej i w znikomej liczbie pozostałych oddziałów chirurgii ogólnej i ewentualnie ginekologii, a zróżnicowanie w dostępie do tej procedury pomiędzy województwami jest dziesięciokrotne. Przeprowadzona inwentaryzacja wykazała także, że im większa jest dostępność do nowoczesnego leczenia na oddziałach chirurgii onkologicznej, im większe nakłady na chirurgię onkologiczną, tym lepsze wyniki leczenia. Porównując natomiast efekty ekonomiczne, a więc koszty jednego zaoszczędzonego roku życia różnych metod terapeutycznych, to procedury chirurgii onkologicznej są dziesiątki czy setki razy tańsze niż inne procedury terapeutyczne. W Polsce istnieje więc problem dostępności do wysokiej jakości leczenia specjalistycznego nowotworów, także w chirurgii onkologicznej. Wysoka jakość zależy od kształcenia lekarzy, organizacji systemu, nakładów ekonomicznych i skutecznej kontroli jakości.

Szkolenie specjalizacyjne: chirurgia onkologiczna a chirurgia ogólna

W Polsce istnieje wielu chirurgów ogólnych, którzy od lat wykonują z powodzeniem resekcje niektórych nowotworów, ale też takich, których wyniki leczenia pozostawiają sporo do życzenia. Mało kto dziś wątpi, że chirurg ogólny wyko-

Ciąg dalszy na następnej stronie

www.ptok.pl

Ciąg dalszy ze strony 17

nujący 200 laparoskopowych cholecystektomii rocznie, wykonuje je tak samo dobrze jak sporadyczne (2–3 rocznie) radykalne mastektomie czy przednie resekcje z wycięciem *mesorectum*. I odwrotnie: wyspecjalizowany chirurg onkolog wykonujący rocznie 100 czy 200 resekcji jelita grubego albo tyle samo oszczędzających operacji w raku piersi nie potrafi równie dobrze wykonywać laparoskopowych cholecystektomii. Argumentacja, że parotygodniowy kurs umiejętności wystarczy, by prawidłowo i nowocześnie postępować ze wszystkimi chorymi onkologicznymi (na raka jelita grubego, żołądka, piersi, czerniaka czy mięsaka), jest nie tylko nieprzekonująca, ale i wręcz niebezpieczna.

Warto się tu odnieść się do porównań onkologicznego systemu specjalizacyjnego w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej. Adwersarze specjalizacji w chirurgii onkologicznej często podnoszą, że chirurgii onkologicznej nie ma w wielu krajach Unii, w których wyniki leczenia onkologicznego są lepsze niż w Polsce, więc specjalizacja ta nie jest potrzebna. Natomiast fakty są takie, że specjalizacja z chirurgii onkologicznej istnieje w 11spośród 27 krajów Unii. W pozostałych zaś istnieją inne formy nabycia bardziej szczegółowych umiejętności chirurgicznych, które często zogniskowane są na przykład na leczeniu nowotworów piersi czy jelita grubego. Zatem w wielu krajach faktyczna specjalizacja w leczeniu chirurgicznym nowotworów jest jeszcze węższa niż w Polsce. Oczywiście można, jak to niektórzy proponują, zlikwidować chirurgię onkologiczną, argumentując to stwierdzeniem, że chirurgia jest albo dobra, albo zła, a nieważne, jaką specjalizację się posiada. Na szczęście ten sposób myślenia już mało kogo przekonuje.

Specjalizacja w chirurgii onkologicznej istnieje w Polsce od ponad 25 lat i wiele krajów europejskich właśnie od nas czerpie wzorce kształcenia podyplomowego. Dowodzi tego fakt zasiadania polskich chirurgów onkologów we władzach Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (ESSO). Coraz więcej chirurgów ogólnych, chcących się specjalizować w leczeniu nowotworów, decyduje się na otwarcie tej specjalizacji. Takie jest oczekiwanie społeczne oraz decyzje zarządzających szpitalami, gdyż wiedza o różnicach w jakości i wynikach leczenia staje się powszechna. Aby chory miał największe szanse na wyleczenie, nie wystarczy dobry chirurg, który potrafi „wszystko" wyciąć, zresztą takich chirurgów nie ma. Są natomiast wyspecjalizowani chirurdzy onkolodzy, którzy nie tylko potrafią doskonale usunąć nowotwór w danej lokalizacji, ale i potrafią go zdiagnozować oraz zaplanować i wdrożyć leczenie multidyscyplinarne. Rozwój onkologii idzie w kierunku indywidualizacji leczenia. Coraz trudniej będzie posiadać aktualną wiedzę na temat wszystkich nowotworów i wszystkich metod leczenia. Dotyczy to także chirurgii, która w coraz większym stopniu dostosowuje się do konkretnego przypadku chorego, zarówno w zakresie doboru metod leczenia, jak i ich sekwencji oraz wyboru właściwego typu zabiegu operacyjnego.

Dalsza poprawa wyników leczenia nowotworów w Polsce

Odwrót od wysoko specjalistycznego leczenia nowotworów byłby ewenementem w skali światowej i zaprzepaszczeniem dotychczasowych wysiłków tysięcy profesjonalistów, zaangażowanych w Polsce w poprawę wyników leczenia chorych na nowotwory. Uzyskany w ostatniej dekadzie znaczący wzrost wyników przeżyć polskich chorych na nowotwory wynika zarówno z poprawy wczesnego wykrywania, jak i z lepszej dostępności oraz jakości leczenia specjalistycznego. Właśnie jakość leczenia jest najwyższa w ośrodkach dysponujących kadrą dobrze wyszkolonych chirurgów onkologów. Dalszy rozwój chirurgii onkologicznej i leczenia wysoce specjalistycznego jest gwarantem kontynuacji poprawy wyników. Według szacunkowych danych dalsza poprawa dostępności i przede wszystkim jakości udzielanych świadczeń mogłaby uratować w Polsce rocznie dodatkowo 15–20 tysięcy chorych onkologicznych. Jest to więc podobna grupa jak ta, którą można by było uratować po szerokim wdrożeniu badań profilaktycznych, przesiewowych i poprawie diagnostyki na poziomie podstawowym. Oba te kierunki działań są równie ważne pod względem epidemiologicznym: mogłyby doprowadzić do uzyskania podobnego jak w Unii Europejskiej wskaźnika wyleczeń, a więc wzrostu od obecnych 45% do 65–70%.

Uwzględniając powyższe rozważania, konieczne zdaje się przeprowadzenie pełnej, rzetelnej i wielopłaszczyznowej inwentaryzacji stanu polskiej onkologii z użyciem danych z rejestrów nowotworowych, biura ewidencji ludności i danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz wprowadzenie obligatoryjnej sprawozdawczości dotyczącej wyników, kosztów i jakości leczenia. Chorych onkologicznych powinno się leczyć wyłącznie w ośrodkach specjalistycznych, a leczenie onkologiczne należy prowadzić według jednolitych standardów organizacyjnych i merytorycznych. Powinno także podlegać wielopłaszczyznowej kontroli. Należy także wprowadzić system referencyjności ośrodków i zróżnicować finansowanie procedur w zależności od tego systemu. Oczywiście nie może być mowy o żadnych limitach, zwłaszcza w zakresie najbardziej efektywnych i najtańszych procedur, jakimi są procedury z zakresu chirurgii onkologicznej. ■

Tabela. Struktura zachorowalności w 2008 r. i prognozowana struktura przeżyć 5-letnich na niektóre nowotwory w zależności od stopnia zaawansowania (w przeliczeniu na 100 chorych).

Stopień zaawansowania	Rak piersi (100 chorych)			Rak jelita grubego (100 chorych)			Rak trzustki (100 chorych)			Rak płuca (100 chorych)		
	Liczba chorych	Odsetek przeżyć 5-letnich w danym stopniu	Łączne przeżycia 5-letnie	Liczba chorych	Odsetek przeżyć 5-letnich w danym stopniu	Łączne przeżycia 5-letnie	Liczba chorych	Odsetek przeżyć 5-letnich w danym stopniu	Łączne przeżycia 5-letnie	Liczba chorych	Odsetek przeżyć 5-letnich w danym stopniu	Łączne przeżycia 5-letnie
Lokalny (I, II)	64	85%	55	53	75%	40	16	25%	4	29	36%	10
Lokoregionalny (III)	28	50%	14	22	45%	10	26	5%	1	27	13%	3,5
Uogólniony (IV)	8	15%	1	25	8%	2	58	1%	1	44	1%	0,5
Razem	100	80%	80	100	52%	52	100	6%	6	100	14%	14

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z rejestrów nowotworów z Polski, Stanów Zjednoczonych i krajów Unii Europejskiej

www.ptok.pl