

Paliativna kirurgija pri bolnikih z rakom

Erik Breclj

Povzetek

Paliativno kirurško zdravljenje je pomemben del celostne paliativne oskrbe bolnikov z neozdravljivim malignim obolenjem. Z njim želimo predvsem omiliti simptome, ne pa podaljšati preživetja. Podatkov iz prospektivnih študij, na podlagi katerih bi kirurško zdravili paliativne bolnike, je v literaturi razmeroma malo, kar še otežuje odločanje o takem zdravljenju. Pri odločitvah je pomemben multidisciplinaren pristop.

Uvod

Definicija paliativnega kirurškega zdravljenja v strokovni literaturi in praksi pogosto ni jasna. Tudi v kirurgiji se uveljavlja definicija, ki kot paliativno zdravljenje označuje tisto, ki je usmerjeno v odpravljanje ali vsaj zmanjševanje simptomov pri bolniku z neozdravljivim malignim obolenjem (1). Historično gledano je kirurgija že od nekdaj zelo pomembna pri paliativnem zdravljenju bolnikov z neozdravljivim malignim obolenjem. Eno prvih definicij paliativne kirurgije je postavil Forbes (2). Definiral jo je kot zdravljenje, ki izboljša kakovost bolnikovega življenja, ne da bi bilo nujno odstraniti celoten tumor. Paliativna kirurgija je torej del celostnega paliativnega zdravljenja, ki skuša zmanjševati simptome brez namena kurativnega zdravljenja. Če pri asimptomatskem bolniku tumorja ne odstranimo v celoti, ne gre za paliativen poseg, temveč za neradikalno odstranjen tumor. Takšna operacija torej ni paliativna.

Odločitev o paliativnem kirurškem zdravljenju je težavna, saj so bolniki pogosto splošno oslabei, zato je več možnosti za kooperativne zaplete. V ospredju ni podaljšanje preživetja, ampak omilitev simptomov, vendar pa lahko s posegom simptomov še poslabšamo in skrajšamo preživetje. Ker je kirurško zdravljenje pri bolniku, ki ima pred seboj le nekaj dni ali tednov, nesmiselno, je pri načrtovanju operativnega posega zelo pomembno oceniti pričakovano preživetje. Odsvetujejo operativne posege, če je preživetje krajše od 2 do 3 mesecev (3). Upoštevati moramo tudi tip tumorja. Tako je pričakovano preživetje pri razširjenem karcinoidu lahko bistveno daljše kot npr. pri razširjenem karcinomu pankreasa. Pri odločanju si lahko pomagamo s številnimi klasifikacijami. O posegu pa ne odloča samo kirurg, ampak multidisciplinarni tim v soglasju z bolnikom in njegovimi svojci. V študiji Smitha s sodelavci so ugotavljali, da tudi izkušeni kirurgi pogosto podcenjujejo uspeh paliativnega posega, zato verjetno nekateri bolniki, ki bi imeli korist od operacije, niso kirurško zdravljeni (4).

Paliativni kirurški posegi

Pri paliativnih bolnikih je pogosta obstrukcija črevesja. Nekateri jo opisujejo tudi pri približno 15 % bolnikov v paliativnih enotah, podatki o pogostosti pa so v literaturi različni (5). Največkrat je vzrok zanjo napredovanje maligne obole-

nja. Najbolj pogosta sta seveda intraabdominalna tumorja, ovarijski karcinom in kolorektalni karcinom. Redkeje so vzrok ekstraabdominalni tumorji, npr. pljučni rak, rak dojke in melanom (7). Ne smemo pa pozabiti tudi na t. i. benigne vzroke, kot so adhezije, stenoze črevesja po obsevanju in kile, ki lahko nastopijo tudi pri bolnikih z razširjenim malignim obolenjem. Po podatkih iz literature je pogostost benignih obstrukcij od 3- do 48-odstotna (6).

Odločitev o vrsti zdravljenja ni preprosta. Večinoma ne gre za zelo nujne primere, zato imamo navadno dovolj časa za temeljit razmislek in odločitev in tudi dovolj časa za izčrpen pogovor o načrtovanem zdravljenju z bolnikom in svojci. Morbiditeta in mortaliteta pri teh operacijah sta veliki.

Opisujejo od 5- do 32-odstotno mortaliteto (8), kar je veliko, vendar je v nekaterih študijah pri paliativnih posegih primerljiva z mortaliteto pri elektivnih operacijah. Zavedati se moramo tudi, da kljub uspešnemu operativnemu posegu pri 10 % do 50 % bolnikov znova pride do zapore črevesja (8). Slabši uspeh paliativnega kirurškega zdravljenja napovedujejo ascites, tipen intraabdominalni tumor, multiple stenoze na črevesju, karcinomatosa in zelo napredovala bolezen s slabim splošnim stanjem (9). Z razvojem intraabdominalne kemoterapije in obsežnih citoreduktivnih operacij karcinoma sama po sebi ne pomeni, da ni možno radikalno zdravljenje. Poznanih je več prognostičnih indeksov, ki nam lahko pomagajo pri odločitvi o kirurškem zdravljenju, npr. Krebs-Gople-rufov prognostični indeks, ki za napoved uporablja starost, prehranski status, stadij tumorja, ascites, zdravljenje s kemoterapijo in z obsevanjem (10). Kot uspešno avtorja definirata zdravljenje, s katerim je bilo doseženo preživetje, daljše kot 2 meseca. Upoštevati pa moramo tudi kakovost življenja, saj je lahko še pomembnejša.

Odločitev o obsegu operacije je navadno možna šele pri odprti eksploraciji. Idealna je resekcija obstruiranega predela z ohranjenostjo kontinuitete. Pri difuzni karcinomi nekateri priporočajo obvod (7). Odločitev o izpeljavi stome ni preprosta, vendar je pogosto edina rešitev in najvarnejša za bolnika. Ob tem se moramo zavedati, da niso redki (10–34 %) tudi zapleti po stomi, npr. ugreznjenje, prolaps in stenoza (11), kar lahko zahteva nov kirurški poseg. Če je kirurški poseg tvegan ali celo nemogoč, so možni drugačni pristopi. Visoki ileus z zastojem v želodcu lahko razbremenimo z vstavitvijo gastrostome, odprte ali perkutano vstavljene (PEG). S tem bolnikom omogočimo bivanje zunaj bolnišnice in jih rešimo nazogastrične sonde (12). Gastrostomo zaradi hranjenja in hranilno ileostomo lahko vstavimo pri obstrukcijah požiralnika. Pomembna je tudi razrešitev obstrukcije z vstavitvijo stentov. Kljub možnim zapletom, kot so perforacije (do 36 %), migracije stentov (do 40 %), in reobstrukcije (do 33 %), so stenti lahko zelo pomembni pri dolgoročni odpravi obstrukcije (13). V študiji, kjer so primerjali bolnike z neoperabilnim karcinomom črevesja, ki so bili zdravljeni z izpeljavo stome

ali z vstavitvijo stenta, med obema skupinama ni bilo razlik v preživetju. Bolniki, zdravljeni s stentom, so imeli krajšo hospitalizacijo kot kirurški in so bili rešeni trajne stome (14). Obstajajo pa tudi druge metode, npr. rekanalizacija z laserjem ali balonska dilatacija. Če invazivni pristop ni možen, pa ostaja še zdravljenje z zdravili, ki paliativnemu bolniku lahko olajša preostanek življenja.

Pri paliativnih bolnikih so pogoste metastaze v skeletu, ki lahko povzročijo bolečine, funkcionalne motnje gibanja in nevrološke izpade. Napredovanje metastaz v hrbtenico opisujejo tudi pri 36 % bolnikov, umrlih zaradi raka (15). V starejših študijah so bili rezultati zdravljenja teh metastaz z radioterapijo boljši od kirurških. V novejših študijah pa se je zaradi izboljšanja tehnik kirurško zdravljenje pri izbranih bolnikih izkazalo za uspešnejše (16). Tudi tu je seveda zelo pomembna izbira bolnikov. Obstajajo številne klasifikacije, ki pomagajo pri oceni smiselnosti paliativnega kirurškega zdravljenja metastaz v hrbtenici (17).

Tudi pri paliativnih bolnikih je smiselno kirurško zdravljenje zaradi metastaz v kosteh okončin. Indicirano ni samo pri patoloških zlomih, ampak tudi pri t. i. grozečih zlomih zaradi metastaz (18). S kirurško fiksacijo kosti bolniku povprečno gibljivost, zmanjšamo bolečine in olajšamo nego.

Ocena uspešnosti kirurškega paliativnega zdravljenja

Ocena uspešnosti paliativnega kirurškega zdravljenja ne more temeljiti samo na oceni preživetja. Poleg mortalitete in morbiditete je celo pomembnejše ocenjevati druge parametre, npr. kakovost življenja po posegu, simptome, trajanje zmanjšanja simptomov in primerjavo zapletov zdravljenja z odpravo simptomov po posegu (19). Zato je ocena uspešnosti pri paliativnem zdravljenju pogosto težja kot pri kurativnem. Mogoče je to razlog, da je študij o paliativnem kirurškem zdravljenju razmeroma malo.

Sklep

Odločitev o paliativnem kirurškem zdravljenju je pogosto težja od odločitve o kurativnem kirurškem zdravljenju. Zelo pomembno je, da je sprejeta timsko in v dogovoru z bolnikom in svojci. Paliativni kirurški posegi niso preprosti, zato je prav, da jih opravljajo izkušeni kirurgi.

»First he would have to know when to operate, then he would have to know how to operate, then he would have to know when to stop operating.«

Charles Mayo

Literatura

1. Sallnow L, Feuer D. The Role of Surgery in the Palliation of Malignancy. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2010, Aug 19.
2. Forbes JF. Principles and potential of palliative surgery in patients with advanced cancer. Recent Results Cancer Res 1988; 108: 134-42.
3. McCahill LE, Smith DD, Borneman T, Juarez G, Cullinane C, Chu DZ, et al. A prospective evaluation of palliative outcomes for surgery of advanced malignancies. Ann Surg Oncol 2003 Jul; 10: 654-63.
4. Smith DD, McCahill LE. Predicting life expectancy and symptom relief following surgery for advanced malignancy. Ann Surg Oncol 2008 Dec; 15: 3335-41.
5. Fainsinger RL, Spachynski K, Hanson J, Bruera E. Symptom control in terminally ill patients with malignant bowel obstruction (MBO). J Pain Symptom Manage 1994 Jan; 9: 12-8.
6. Legendre H, Vanhuysse F, Caroli-Bosc FX, Pector JC. Survival and quality of life after palliative surgery for neoplastic gastrointestinal obstruction. Eur J Surg Oncol 2001 Jun; 27: 364-7.
7. Krouse RS, McCahill LE, Easson AM, Dunn GP. When the sun can set on an unoperated bowel obstruction: management of malignant bowel obstruction. J Am Coll Surg 2002 Jul; 195: 117-28.
8. Feuer DJ, Broadley KE, Shepherd JH, Barton DP. Systematic review of surgery in malignant bowel obstruction in advanced gynecological and gastrointestinal cancer. The Systematic Review Steering Committee. Gynecol Oncol 1999 Dec; 75: 313-22.
9. Ripamonti C. Management of bowel obstruction in advanced cancer. Curr Opin Oncol 1994 Jul; 6: 351-7.
10. Krebs HB, Goplerud DR. Surgical management of bowel obstruction in advanced ovarian carcinoma. Obstet Gynecol 1983 Mar; 61: 327-30.
11. McCullough JA, Engledow AH. Treatment Options in Obstructed Left-sided Colonic Cancer. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2010, Aug 20.
12. Campagnutta E, Cannizzaro R. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in palliative treatment of non-operable intestinal obstruction due to gynecologic cancer: a review. Eur J Gynaecol Oncol 2000; 21: 397-402.
13. Harris CJ, Senagore AJ, Lavery IC, Fazio VW. The management of neoplastic colorectal obstruction with colonic endoluminal stenting devices. Am J Surg 2001 Jun; 181: 499-506.
14. Xinopoulos D, Dimitroulopoulos D, Theodosopoulos T, Tsamakidis K, Bitsakou G, Plataniotis G, et al. Stenting or stoma creation for patients with inoperable malignant colonic obstructions? Results of a study and cost-effectiveness analysis. Surg Endosc 2004 Mar; 18: 421-6.
15. Wong DA, Fornasier VL, MacNab I. Spinal metastases: the obvious, the occult, and the impostors. Spine (Phila Pa 1976) 1990 Jan; 15: 1-4.
16. Klimo P, Jr., Thompson CJ, Kestle JR, Schmidt MH. A meta-analysis of surgery versus conventional radiotherapy for the treatment of metastatic spinal epidural disease. Neuro Oncol 2005 Jan; 7: 64-76.
17. Akram H, Allibone J. Spinal Surgery for Palliation in Malignant Spinal Cord Compression. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2010, Aug 9.
18. Manabe J, Kawaguchi N, Matsumoto S, Tanizawa T. Surgical treatment of bone metastasis: indications and outcomes. Int J Clin Oncol 2005 Apr; 10: 103-11.
19. McCahill LE. Methodology for scientific evaluation of palliative surgery. Surg Oncol Clin N Am 2004 Jul; 13: 413-27, vii.