

Dimenze onkochirurgie

Sphere of Surgical Oncology

Horváth T^{1,2}

¹ Chirurgická klinika LF MU a FN Brno

² CBC Vznik s.r.o., Brno

Souhrn

Úvaha o jednotě čtyř dimenzí onkochirurgie.

Klíčová slova

chirurgická léčba – neoplazmy – přehled – premalignita – chirurgické stadium – pokročilá nemoc

Summary

The unity of essential four spheres of surgical oncology is considered.

Key words

neoplasms – surgical therapy – overview – premalignancy – surgical stage – advanced disease

Autor deklaruje, že v souvislosti s předmětem studie nemá žádné komerční zájmy.

The author declare he has no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.



doc. MUDr. Teodor Horváth, CSc.

Chirurgická klinika LF MU a FN Brno

Jihlavská 20

625 00 Brno

e-mail: thorvath@fnbrno.cz

Obdrženo/Submitted: 18. 2. 2013

Přijato/Accepted: 23. 2. 2013

Úvod

Onkochirurgie patří mezi nejkomplexnější dovednosti. Její existence podporuje oprávněnost konceptu jednoty poznání. Není příběhem o zlatých rukách. Je mnohem atraktivnější. Zahrnuje delikátní nakládání s cílovými tkáněmi, orgány i s celou bytostí pacienta. Souzní v ní poznání mnohovrstevné pestrosti biologických nádorových procesů kategorizované medicínou a dalšími vědami, přírodními i humánními, s důležitou účastí technologií, s nezanedbatelnými rolemi intuice a empirie – včetně práce rukou. Je tvárněna zpětnými vazbami vlastními chirurgii a interně v nejširším slova smyslu, statistikou, ekonomikou, sociologií a zřejmě i politikou.

Onkochirurg je svěbytným článkem pestrého společenství razantně angažovaných v zápase se smrtící nemocí. Ví, že řetěz má sílu nejslabšího článku, protože chirurgie je týmová práce par excellence. Ve sférách, v nichž pesimista pláče, je to horší, než vůbec chci vědět, kde optimista bezelstně naráží na novou lživou výzvu nemoci, má se jako realista vždy

znovu rozpamatovat na tajemství úspěchu – jeden za všechny, všichni za jednoho – zařizovat věci podle toho a řetěz je náhle k nepřetrhnutí...

Jednotlivé kapitoly onkochirurgie existují o sobě – zároveň, nezávisle, na stejné hladině důležitosti – bez nadřazenosti nebo podřazenosti, bez splývání nebo rozdělování – tvořící jediný integrální celek charakterizovaný vysokou odlišností a hlubokou rovností svých složek. Přestože každá z nich reprezentuje specifickou problematiku, onkochirurgií jsou všechny. Ty kapitoly jsou čtyři. Definujeme je:

- I. chirurgie premalignity,
- II. léčba „chirurgického“ stadia nádorového onemocnění,
- III. chirurgie místně pokročilého onemocnění: paliace, sanace, devitalizace, metaintervence,
- IV. chirurgická léčba metastatického onemocnění:
 - IVa) chirurgie solitární metastázy se strategií identickou s kapitolou II,
 - IVb) chirurgie generalizované nemoci, řeší lokální problém cel-

kového dosahu se strategií podobnou sanačním a paliativním procedurám kapitoly III.

I. Chirurgie premalignity

Odstranit ložisko dříve, než vznikne rakovina, zní motto první kapitoly. Pokročilé premaligní změny znamenají riziko vzniku rakoviny ve tkáni. Biopický průkaz těžké dysplazie nutí uvažovat přítomnost malignity v daném ložisku s veškerým příslušným chirurgickým režimem práce. Jiný scénář vyžadují lehké anebo středně těžké premalignity, v dané chvíli klinicky nevýznamné. Jejich biologický vývoj v dalším období bývá těžké odhadnout, zvláště u časnějších záchytů. V této souvislosti se musíme vyrovnat s dilematem overdiagnosis/overtreatment vs underdiagnosis/undertreatment. Pojem overdiagnosis představuje klinicky irelevantní/bevýznamnou diagnózu, která nevyžaduje žádnou léčbu, čili léčba takového nálezu by byla nadbytečnou – overtreatment – jak praví obecně užívaný terminus technicus. Underdiagnosis naproti tomu zahrnuje

všechny druhy podcenění nálezu zpravidla ve spojení s nedostatečnou léčbou – undertreatment – se všemi příslušnými následky. Rozhodování nebývá lehké, ale chirurgická empirie principiální recept zná: je lépe operovat zbytečně, než pozdě. Obecným příkladem budiž diagnóza tak „prostá“, jako je appendicitis; speciálním pak plicní mincová léze.

II. Léčba „chirurgického“ stadia nádorového onemocnění

Předoperační poradenství v nejširším smyslu slova znamená nabídnout a získat všechny příslušné informace dříve, než získáme informovaný souhlas pacienta, to značí: a) komunikovat s nemocnou/nemocným respektující všechny její/jeho osobní (fyzické, psychické a spirituální), rodinné, profesní a sociální zvláštnosti; b) pěstovat stálé úzké vztahy se všemi specialisty zobrazovacích a interních metod příslušných orgánových systémů – klinickými a radiačními onkology, patology atd., s cílem nalézt optimální, obecně platné a speciálně přijatelné řešení. Teprve poté následují: c) stanovení vlastní chirurgické strategie; d) objasnění obecné organizace chirurgického řešení a speciálních detailů týkajících se konkrétního pacienta; e) to vše v souladu s nejnovějším vývojem na poli chirurgického poznání jako *conditio sine qua non*. Zbývá konstatovat, že strategie soudobé onkochirurgie zpravidla doporučuje na prvním místě uvažovat nejmenší možný, biologicky přijatelný radikální výkon s dostatečným bezpečnostním lemem zdravé tkáně ve spojení s příslušnou regionální lymfadenektomií en bloc – vyjádřený termínem kurativní resekce.

III. Chirurgie místně velmi pokročilého onemocnění: paliace, sanace, devitalizace, metaintervence

Třetí kapitolu představuje velmi heterogenní skupina chirurgických zákroků se společným jmenovatelem: lokálně značně pokročilé, radikálně převážně neřešitelné onemocnění. Procedury figurující v této kategorii reprezentují šance na důstojné dožití pro nevléčitelně nemocné se zlepšením kvality života. Výjimečně mohou být kvalifikovanou snahou o jeho radikální řešení, byť v řadě ohledů blízkou extrému.

1. Paliativní – jejichž klasickými příklady jsou: obejití inoperabilní překážky pasáže GIT entero-enteroanastomózou, rekanalizace bronchu obturovaného nádorovou masou, či arteficiální výztuha ureteru komprimovaného tumorem.
2. Sanační – odstraňující nekrotické masy tumorů mohutné sekrece, pronikavého zápachu, hrozící vykrvácením, a to (někdy) i navzdory generalizaci nádoru.
3. Devitalizační – pokoušející se o řešení rozsáhlých inoperabilních nádorů přerušáním jejich cévního zásobení. I když je argumentace přívrženců devitalizace z onkologického hlediska v některých směrech neúplná, výsostně chirurgický étos ji upřít nelze. Stejně jako metaintervenci. Jistě za předpokladu *nil nocere*. Zatímco indikace paliace a sanace jsou víceméně jasné, devitalizace stále představuje *enfant terrible*.
4. Radikální zákrok ve vybraných případech lokálně extrémně pokročilé nemoci s *lege artis* vyloučením jejich vzdálených projevů představuje relativní novum. Vyžaduje transanatomickou technickou ekvilibristiku často s využitím (auto)transplantace anebo arteficiálních materiálů pro náhradu infiltrovaných magistralních struktur. Je speciální záležitostí ostrýlených i v sehraných týmech špičkových center. Má zastánce i odpůrce. Indikace jsou individuální. V podstatné argumentaci se zde setkávají technická realizovatelnost s biologickou oprávněností. Vnitřní napětí tohoto typu počínání lze snad vyjádřit pojmem metaintervence.

Zásadním a globálním motivem také této kapitoly je prodloužení života a zlepšení jeho kvality s postojem, nikoliv formálním (!), důležitým v jakémkoliv stadiu onemocnění: pomoc je možná. Nejtragičtější vyjádření neporozumění našemu povolání a za žádných okolností neutuchajícího plného nasazení onkochirurgie zní: chirurg nevěděl, co má dělat.

IV. Chirurgická léčba metastatického onemocnění

IVa) Přístup k léčbě solitárních, metastatických snad ještě více než synchronních, metastáz připomíná strategii druhé kapitoly onkochirurgie – čili měl by představovat kompletní resekci s ku-

rativním záměrem. Jiní soudí na vhodnost prosté excize léze. Validní data chybí, takže východisko směrem dolů není automaticky omluvitelné a každý případ nutno posuzovat individuálně ve všech daných souvztažnostech.

IVb) Chirurgie generalizovaného nádoru, kupříkladu laserová exstirpace 10 plicních metastáz sarkomu anebo radiofrekvenční ablace pěti metastatických ložisek v játrech v rámci zmenšení nádorové masy, například před perfuzní chemoterapií, zůstávají otevřené. Mají své obhájce i protivníky. Tato kategorie zahrnuje též paliativní abdominocentézu pro nádorový ascites, či talkáž interpleurálního prostoru pro metastatickou pleurální efuzi, jež se jindy řadí k výkonům předchozího (třetího) oddílu v rámci chirurgické paliace projevů lokálně pokročilé rakoviny příslušných orgánů.

Závěr

Žádná kolektivní autorita specializované indikační komise z beder chirurgického lidu, resp. z jakéhokoliv řadového chirurga, osobní zodpovědnost za aktuální léčbu šitou na míru pacientovi – dnes se říká personalizovanou – nesejme. Kolikrát se musíme definitivně rozhodnout až v nejdramatičtější okamžiku operace. V tomto smyslu, a v souladu se vším výše uvedeným, je chirurg tedy nejenom pokornou součástí rozhodovacího řetězce, ale jako výkonný článek je nezávislý. Čím více je erudován, tím je nezávislejší a svobodnější činit přiléhavá rozhodnutí. Byť někdy nosí kůži na trh právě proto, že ví, nikoliv proto, že by nevěděl. To jej neoslabuje. Posiluje. Chirurgie nikdy neznamenal defenzivu. Chirurgie, *cheir ergein*, znamená mimo jiné informovanou, tedy zdrženlivou, ale pevnou a činorodou odvahu konat.

Literatura

1. Saclarides TJ, Millikan KW, Godellas CV (eds). *Surgical oncology: an algorithmic approach*. New York: Springer 2003.
2. Chaudry MA, Winslet MC (eds). *Surgical Oncology*. Oxford: Oxford University Press 2009.
3. Žaloudík J. *Not ReSting SurGEONs* aneb stručný parametrický standard pro onkochirurgii. *Rozhl Chir* 2010; 89(10): 583–587.
4. Duda M, Žaloudík J, Ryska M et al. *Chirurgická léčba solidních nádorů v České republice*. *Rozhl Chir* 2010; 89(10): 588–593.
5. Wilson EO (ed.). *Consilience: The Unity of Knowledge*. New York: Alfred A. Knopf 1998.