



Informacija za bolnika - sarkomi

Sarkomi in možnosti zdravljenja

1. Sarkomi so redka bolezen. Pojavljajo se približno 4 primeri na 100 tisoč prebivalcev letno. Da bi imeli bolniki s sarkomom najboljše možnosti zdravljenja, želimo, da bi bili obravnavani na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OIL). Po dobljenih izvidih opravljenih preiskav se glede zdravljenja odločimo na **mezenhimskem konziliju**, kjer je vedno prisotnih več zdravnikov različnih strok, vendar se vsi ukvarjajo s sarkomi (onkološki kirurg - glede operacije, internist onkolog - glede kemoterapije, radioterapevt - glede obsevanja, radiolog - obrazloži slikovne preiskave, patolog - obdela vzorec tumorja oziroma odstranjen tumor in postavi diagnozo). Na konziliju pripravimo načrt zdravljenja, ki pa ga po potrebi tekom zdravljenja spremenimo. Temeljno zdravljenje je kirurško. Če je sarkom že bil odstranjen v drugi ustanovi, temu prilagodimo načrt zdravljenja.
2. Sarkomi so bule iz rakastih celic, ki zrastejo v mehkih tkivih ali kosteh kjerkoli na telesu. Po pogostosti: 50% na spodnjem udu, 40% v trebuhu (retroperitonealno), 10% na zgornjem udu, na glavi in vratu pa redko. Sodijo med rakaste (maligne) tumorje, ker se lahko ponovijo na istem mestu, kjer so nastali in/ali se razširijo (razsoj) na druge organe, najpogosteje v pljuča.
3. Po agresivnosti ločimo dve skupini:

A. **Nizko maligne** (pohlevne) sarkome; rastejo počasi, verjetnost za ponovitev ali razsoj je relativno majhna. Temeljno zdravljenje je kirurško, za obsevanje in kemoterapijo se odločimo le izjemoma. Prognoza je dobra.

B. **Visoko maligne** (agresivne) sarkome: rastejo lahko zelo hitro, verjetnost za ponovitev in/ali razsoj je zato velika. Tudi tu je temeljno zdravljenje kirurško, vendar običajno v kombinaciji z obsevanjem in občasno tudi s kemoterapijo. Prognoza je nepredvidljiva.

4. Histološko (glede na izgled tkiva pod mikroskopom) ločimo približno 70 različnih podtipov sarkomov. Ker so različni, praktično vsak podtip predstavlja svojo bolezen.
5. Povprečno operiramo na kirurškem oddelku OIL 50 do 60 novih bolnikov s sarkomom letno. Petletno preživetje je 55-60%.
6. Če se že pred pričetkom zdravljenja izkaže, da je bolezen napredovala, je razsejana, razširjena na več mest po telesu, se za zdravljenje/ukrepanje dogovorimo na mezenhimskem konziliju. V večini primerov pomeni neozdravljivo bolezen.
7. Po zaključenem zdravljenju je potrebno (priporočeno) spremljanje na OIL. Prvi dve leti so kontrole na 3 – 4 mesece, do 5. leta na 6 mesecev, do 10. leta letno, kasneje po dogovoru. Vedno je opravljen klinični pregled, ostale preiskave pa priporočimo glede na »Priporočila za spremljanje bolnikov s sarkomi«.



Periferni sarkomi

so sarkomi, ki zrastejo na udih ali trupu. Temeljno zdravljenje je kirurško.

1. Če ocenimo, da je sarkom s kirurškim posegom **odstranljiv**, je zaželjena odstranitev sarkoma čim bolj na široko, da je možnost za ponovitev bolezni čim manjša. Hkrati skušamo ohraniti čim boljšo funkcijo uda in doseči čim boljši estetski rezultat.
 - A. Bulo skušamo odstraniti tako, da je v vseh smereh obdana z zdravim tkivom, pri tem zato odstranimo po potrebi enega ali več okoliških organov: kožo, sosednje mišice, tetive, sklepno ovojnico, pokostnico in izjemoma tudi žilje oziroma živce ali npr. del kosti. Da so posledice po kirurškem posegu čim manjše, po potrebi sodelujemo z drugimi specialisti, največkrat kirurgom plastikom in občasno z žilnim kirurgom.
 - B. Glede na vrsto sarkoma in uspeh operacije se po potrebi (kljub kirurški odstranitvi sarkoma) odločimo še za dopolnilno obsevanje področja brazgotine oziroma mesta, kjer je bil sarkom, da bi zmanjšali možnost ponovitve bolezni na istem mestu.
2. Če ocenimo, da s kirurškim posegom sarkom **ni odstranljiv**, skušamo tumor zmanjšati, da bi morda bil kasneje odstranljiv z operacijo. V poštev pride:
 - A. obsevanje bule ali
 - B. kemoterapija ali
 - C. izolirana perfuzija uda - je kirurški poseg, pri katerem s citostatikom začasno prepojimo tkiva uda in tudi sarkom, z namenom, da bi uničili tumorske celice in bi nato s ponovno operacijo skušali bulo odstraniti;
 - D. v skrajnem primeru pride v poštev amputacija uda.
3. Bolezen se na istem mestu lahko ponovi in/ali pride do razsoja.
4. Možni **zapleti** po kirurškem posegu:
 - krvavitev; če masivna, je morda potrebna ponovna operacija in ustavitev krvavitve;
 - pojav krvnih strdkov v venskem žilju uda (globoka venska tromboza) in/ali razširitev teh strdkov po krvi v pljuča (pljučna embolija);
 - okužba rane, slabo in podaljšano celjenje rane;
 - dolgotrajno (lahko več mesecev) kopičenje tekočine pod brazgotino (serom) in potrebno praznjenje le te z iglo in brizgalko (punkcija).
5. Možne **posledice** kirurškega posega; odvisno od obsega operacije:
 - slaba gibljivost/manjša mišična moč v udu;
 - estetsko slab rezultat;
 - otekanje (edem) mehkih tkiv;
 - trajna uporaba pripomočka (bergla, opornica).



Retroperitonealni sarkomi

so sarkomi, ki zrastejo globoko v trebuhu. Temeljno zdravljenje je kirurško.

1. Če ocenimo, da je sarkom s kirurškim posegom **odstranljiv**, je zaželjena odstranitev sarkoma čim bolj na široko, da je možnost za ponovitev bolezni čim manjša.
 - a. Bulo skušamo odstraniti tako, da je v vseh smereh obdana z zdravim tkivom, kar pa je na tem mestu včasih težko ali celo nemogoče. Pri tem odstranimo po potrebi tudi kakšnega ali več okoliških organov (ali njihov del): črevo, ledvico, sečevod, del mehurja, vranico, del jetr, maternico, jajčnik-a, prostato, del medenice. Po potrebi sodelujemo z drugimi specialisti, največkrat ginekologom, urologom, kirurgom plastikom in občasno z žilnim kirurgom.
 - b. Po potrebi se odločimo še za dopolnilno obsevanje področja, kjer je bil sarkom, da bi zmanjšali možnost ponovitve bolezni na istem mestu. Izjemoma pride v poštev obsevanje tumorja pred operacijo.
2. Če ocenimo, da s kirurškim posegom sarkom **ni odstranljiv**, razmišljamo o:
 - a. obsevanju bule, če bi se po obsevanju zmanjšala dovolj, da bi jo bilo možno odstraniti ali o
 - b. možnosti kemoterapije ali o zdravljenju z zdravili (hormonska, biološka).
3. Bolezen se na istem mestu lahko ponovi ali/in pride do razsoja.
4. Možni **zapleti** po kirurškem posegu:

- krvavitev, če masivna, je morda potrebna ponovna operacija in ustavitev krvavitve;
- potreba po transfuziji krvnih pripravkov;
- alergijska reakcija z zapleti;
- okužba v trebuhu, lahko vnetje trebušne mreže, zastrupitev krvi (absces, peritonitis, sepsa), zaradi česar morda potrebne dodatne preiskave, posegi in operacija/e;
- nedelovanje črevesja (ileus), podaljšano okrevanje, morda ponovna operacija;
- morda (začasna ali trajna) izpeljava črevesa na kožo oziroma na vrečko (stoma);
- okužba kožne rane, razprtje brazgotine (dehiscenca laparotomije);
- preležanine, nevrološka okvara (npr. padajoče stopalo);
- s strani drugih organov: pojav krvnih strdkov v venskem žilju udov (globoka venska tromboza) in/ali razširitev teh strdkov po krvi v pljuča (pljučna embolija); srčna oziroma možganska kap.

5. Možne **posledice** kirurškega posega; odvisno od obsega operacije:

- črevo izpeljano na kožo oziroma na vrečko (stoma);
- pooperativna kila v brazgotini;
- asimetrija trebušne stene;
- dovzetnost za okužbe (po odstranitvi vranice);
- slaba ledvična funkcija (če ostane ena ledvica).