

## **Skąd pomysł utworzenia w Instytucie w Gliwicach Oddziału Chirurgii Rekonstrukcyjnej?**

O pomysłe dyrekcji naszego Instytutu, by rozwijać tę gałąź onkologii zdecydowały potrzeby chorych i przeświadczenie, że to jeden z ważnych kierunków na froncie wojny z epidemią XXI wieku. 12 lat temu w Instytucie Onkologii w Gliwicach przeprowadzono pierwszą operację mikrochirurgiczną, a od sześciu lat działa tu jedyny w Polsce Zespół Chirurgii Rekonstrukcyjnej. Zespół powstał dzięki współpracy gliwickiej placówki z Centrum Raka M.D Andersona w Houston w Teksasie. Wielu polskich lekarzy kształciło się tam pod kierunkiem wybitnego radioterapeuty prof. Gilberta Fletchera. Niezwykłą częścią działalności Centrum Raka jest chirurgia rekonstrukcyjna. Amerykanie wykonują nieprawdopodobne operacje u chorych na nowotwory twarzy. Nasz zespół chirurgów wyjechał do USA, by uczyć się nowych technik operacyjnych. Początkowo kształciło się nas czterech, dziś pracujemy w dziesięciu. W naszym Instytucie, który jest w Polsce liderem w dziedzinie chirurgii rekonstrukcyjnej, od 2001 r. przeprowadzono już tysiące takich zabiegów, w tym ponad tysiąc najtrudniejszych - z wykorzystaniem technik mikronaczyniowych.

## **Co to jest chirurgia rekonstrukcyjna i czym różni się od chirurgii klasycznej?**

To chirurgia, która w pierwszym etapie pozbywa się raka, w drugim rekonstruuje zaatakowane przez nowotwór miejsce lub cały narząd. Najpierw trzeba zrobić resekcję tkanki zajętej nowotworem, potem wykonać badania histopatologiczne dające gwarancje, że wycięło się wszystko i dopiero można przystąpić do rekonstrukcji. Chirurgia rekonstrukcyjna różni się od klasycznej tym, że tkanki przenoszone są z własnymi naczyniami i łączone z innymi tak, by odtwarzany fragment miał własny dopływ i odpływ krwi. Technika mikronaczyniowa

pozwała na uzupełnianie ubytków tkankami przenoszonymi z innych rejonów ciała. Płaty do przeszczepów pobierane są pod specjalnymi lupami z kilkukrotnym powiększeniem. Czasem naczynia mają poniżej jednego milimetra i łączone są pod mikroskopem. Kość zastępuje kość, mięsień- mięsień. Pacjent sam dla siebie jest dawcą. Dobrze zespolona tkanka zaczyna żyć z całym organizmem. Nie ma ryzyka odrzutu, jak w przypadku obcych narządów. Mamy specjalnie wyposażone sale operacyjne z wysokospecjalistycznym sprzętem- mikroskopem nawigacyjnym i okularami, przy użyciu, których zszywa się mikronaczynia niemi niewidocznymi gołym okiem. Taka operacja trwa zwykle kilkanaście godzin.

## **Czy dużo mamy takich części zamiennych?**

Na ciele człowieka mamy kilkaset miejsc, z których można pobrać materiał do rekonstrukcji, ale w codziennej praktyce wykorzystujemy 20. Każdy przypadek traktowany jest inaczej. Mamy sporo "zbędnych" organów. Powierzchnia skórna uda, niektóre mięśnie, nerwy skórne, część małżowiny usznej, fragmenty mięśni grzbietu, talerz kości biodrowej, łopatki. Chodzi o to by wybrać ich fragmenty bez szkody dla naszego funkcjonowania. Podudzie to dwie kości: strzałka i piszczel, strzałkę z fragmentem skóry, mięśni można bezkarnie pobrać. To nie ma wpływu na chodzenie. Ze strzałki można odbudować inną kość, żuchwę, część twarzy. Chirurgia rekonstrukcyjna wiąże się z koniecznością indywidualnego planowania leczenia i sposobu operowania. Trzeba wziąć pod uwagę wielkość nowotworu, jego lokalizację, ustalić gdzie nacieka i jakie struktury niszczy. Potem - zdecydować skąd pobierze się tkanki. Sprawdzić, jaką mają anatomie, czy wcześniej były jakieś złamania, stłuczenia, czy pacjent choruje – na cukrzycę, miażdżycę, nadciśnienie. Operacje rekonstrukcyjne przechodzą pacjenci w różnym wieku- jedynym kryterium jest rozległość zmian, ale i tu granice się przesuwają. To, co było niemożliwe 10 lat temu staje się codzienną praktyką.

## **Dlaczego chirurgia rekonstrukcyjna jest tak ważna dla chorych na nowotwory głowy i szyi?**

U pacjentów, u których nowotwór zaatakował rejon twarzoczaszki leczenie wiąże się z drastycznym okaleczeniem. Rekonstrukcje pozwalają na normalne życie. W latach 80. Przeżycie chorych z zaawansowanymi nowotworami regionu głowy i szyi było bliskie zeru. Pacjent skazany był na leczenie objawów i powolne umieranie. Przy raku języka czy dna jamy ustnej operacja była wykluczona. Trudno żyć bez połowy twarzy- jeść, pić, oddychać, patrzeć w lustro, nie mówiąc o wyjściu z domu. Dziś pacjent ma 80 procent szans i odzyskuje

narządy. Przeprowadzamy dużą ilość zabiegów rekonstrukcji środkowych okolic twarzy. To przede wszystkim bardzo potrzebne pacjentom operacje odtworzenia nosa. W tym wypadku wykorzystuje się płaty małżowin usznych i przedramion. Taki zabieg pozwala na powrót nosowego oddychania, w bardzo dużym stopniu odtwarzają wygląd zewnętrzny, osiąga się też dobry efekt estetyczny. W naszej Klinice przeprowadzono także ponad 100 udanych zabiegów rekonstrukcji żuchwy przy pomocy fragmentów kości pobranych z podudzia lub biodra. Tym chorym także wszczepiono tytanowe implanty zębowe. To już w pełna, zamknięta rekonstrukcja po resekcji rozległych nowotworów dolnej części twarzy. Po operacji chorzy potrzebują rehabilitacji. Jeśli mają nowy język, wargi czy nos to muszą się na nowo nauczyć mówić, połykać. Z czasem wraca czucie wynikające z połączenia nerwów.

## **Zespół chirurgów pod Pana kierownictwem wykonał też operacje, których nikt nie wykonał wcześniej w Europie i na świecie...**

Tak – w 2011 roku nasz zespół wykonał pierwszą w Europie rekonstrukcję części krtani. Zajętą przez nowotwór część odtworzyliśmy z policzka, skroni i żebra. Dziś w badaniu endoskopowym trudno odróżnić część zrekonstruowaną od zdrowej. W 2012 roku mój zespół we współpracy z lekarzami Kliniki Otolaryngologii Uniwersytetu Jagiellońskiego wykonał zabieg rekonstrukcji nagłośni. Nagłośnia ma 3-3,5 mm- oddziela układ pokarmowy od oddechowego. Bez niej chory zachłystuje się pokarmem. Zwykle w takich przypadkach choremu usuwa się całą krtani. Po operacji pacjent z otoczeniem może się porozumiewać dzięki elektronicznemu urządzeniu imitującemu głos. Nasz pacjent ma nagłośnię z kawałka chrząstki własnego ucha.

## **Czy takie zabiegi są drogie?**

Koszt zabiegu rekonstrukcyjnego wynosi średnio 50 tys. zł. Dla porównania w Stanach Zjednoczonych operacja wyceniana jest na 200 tys. dolarów. Należy jednak pamiętać, że bardzo często, gdyby nie te zabiegi pacjent nie miałby szans na wyleczenie, a Fundusz Zdrowia musiałby finansować leczenie najdroższego, bo przewlekłego chorego pacjenta.