

ניתוחי קולון

דוקטור, האם תהיה לי שקיית? זו השאלה הראשונה ששואל החולה כשאני מבשר לו שעליו לעבור ניתוח עקב גילוי סרטן מעי גס. אחריה באות שאלות כגון כמה מעי ייכרת והאם תהיה לו מערכת עיכול תקינה ומתפקדת, האם יוכל לאכול את כל סוגי המזון שהוא רגיל, וכמובן כמה זמן יאושפז, והאם זה יהיה "ניתוח" כלומר פתיחת דופן הבטן, או שהניתוח יתבצע בלפרוסקופיה שלעיתים אינה נתפשת כניתוח.

אז אנסה לעשות סדר .

המעי הגס הוא איבר גדול ומורכב, לכן יש מגוון גדול של ניתוחים שכל אחד סיכונים שונים ואף השפעתו על ההחלמה ותפקוד מערכת העיכול שונה.

מהו המעי הגס? בשתי מלים, צינור ארוך למדי (כ 150 סמ') שבו לא מתבצעת פעילות של עיכול המזון אלא רק ספיגת המים וחלק מהמלחים מהנוזל שמגיע מהמעי הדק. זכרו זאת כאשר נגיע לכריתות נרחבות של המעי הגס ולשאלה האם אפשר לחיות ללא מעי גס (התשובה היא כן). מבחינה אנטומית אנחנו מסווגים אותו פשוט לפי המיקום: המעי הגס הימני, שמתחיל היכן שנגמר המעי הדק, ממנו גם יוצא התוספתן (האפנדיקס) המפורסם, והוא עולה מתחילתו בבטן הימנית התחתונה ועד לאיזור הכבד בבטן הימנית העליונה. משם הוא עובר לרוחב הבטן העליונה ולכן מקטע זה נקרא המעי הרחבי, עד לאיזור הטחול, משם יורד בחלקה השמאלי של הבטן (ולכן נקרא המעי השמאלי או היורד) עד בערך לעצם האגן, שם מתפתל בצורת האות S ולכן נקרא סיגמואיד (פרשדון בעברית צחה למי שזוכר את אהוד בן גרא שהוציא לעגלון מלך מואב את הפרשדונה). הסיגמואיד מסתיים בכניסה לאגן ויורד בקו ישר עד לפי הטבעת, מקטע שנקרא רקטום או חלחולת בעברית. טעות נפוצה היא לקרוא לפי הטבעת רקטום. פי הטבעת נקרא אנוס (ANUS) והרקטום הוא פנימי יותר, ארכו כ 15 סמ' והוא חשוב לנו כי חלק גדול מגידולי המעי הגס הם באיזור זה, וכן, בגלל שהוא בקצה צינור העיכול, אלו המקרים שנתלבט האם ניתן לשחזר את מערכת העיכול כתקנה או שיהיה צורך ביצירת פתח מלאכותי (קולוסטומי).

האם יש הכנות מיוחדות לפני הניתוח?

כמו לפני כל ניתוח, ראשית יש להעריך את מצבו הכללי של החולה ויכולתו לעבור את הניתוח. איזון תרופתי, תיקון מערכת הקרישה ועוד כל מה שצריך כדי לעבור ניתוח. שנית צריך להעריך את המחלה במעי. האם יש גידול יחיד או כפי שקורה אצל כ 10% מהחולים יש גידול נוסף. האם יש פיזור גרורתי של המחלה. לרוב קולונוסקופיה ו CT או PET ייתנו לנו את התשובות לשאלות אלו. לפני הניתוח כמובן החולה יעבור לרוב "הכנת מעיים" בדומה לזו המבוצעת לפני קולונוסקופיה.

מהי מטרת הניתוח?

להסיר את הגידול, עם שוליים רחבים יחסית, ולכרות גם את בלוטות הלימפה המנקזות את איזור הגידול. איך מוצאים אותן? בלוטות הלימפה מלוות את כלי הדם המגיעים אל המעי באיזור הגידול ולכן כורתים את מקטע המעי יחד עם יריעה של רקמה שומנית המלווה אותו וכוללת את כלי הדם ובלוטות הלימפה. ומה עושים עם המעי אחרי שכרתנו חלק ממנו? מחברים אותו! לחיבור המעיים, השקה בעברית יפה או אנטסטומוזה בלע"ז, אנחנו מייחסים חשיבות מרובה. אנחנו מחברים קצוות של צינור המכיל תוכן מזוהם מאוד (צואה לא עלינו) כך שאם החיבור ידלוף אפילו מעט, יהיה זיהום חידקי בחלל הבטן העלול לגרום לסיבוכים ואפילו לתמותה. ישנן שיטות אחדות להשקת המעיים. ניתן לחבר את הגדמים באמצעות תפרים (השקה ידנית) או מכשיר היורה סיכות מתכת קטנות (השקה מכשירנית). אין עדיפות מוכרעת לשיטה אחת או אחרת, הבחירה נעשית על ידי המנתח לפי המיקום האנטומי, העדפה אישית, ניסיון וכו'.

האם יש מקום ללפרוסקופיה בניתוחי מעי גס?

כן, אך בשיקול דעת. הלפרוסקופיה, כלומר ניתוחית בעזרת מערכת אופטית ומכשירים מיוחדים יכולה להקטין את החתך הניתוחי, לעיתים עד כדי חתך מינימלי. בהתוויה המתאימה. לחולה יש תועלת מבחינת קצב ההחלמה, אם כי לא באותה מידה כמו בניתוח להסרת כיס המרה למשל. עדיין יש צורך בחתך כדי להוציא את המעי, ועדיין יש תפיחות הבטן ושיתוק של המעיים למספר ימים המחייבים אשפוז, כך שהיתרון אינו כה מובהק. יש צורך לכן לבחור היטב את החולים, בהתאם למיקום הגידול, האם החולה עבר ניתוחי בטן קודמים היוצרים הדבקות ומקשים על לפרוסקופיה ועוד. במידה ומבצעים ניתוח לפרוסקופי אין "קיפוח" של החולה מבחינת סיכויי לריפוי הסרטן.

אז "כמה מורידים?"

תלוי כאמור במיקום הגידול. למשל אם הגידול הוא במעי הימני מסירים כשליש מהמעי בצד ימין, ניתוח המכונה Right Hemicolectomy. מקום אחר, מסירים כשליש או רבע מהמעי הגס בהתאמה. מה קורה אם יש יותר מגידול אחד? במצב זה מבצעים כריתה יותר נרחבת של המעי לעיתים כריתה "תת שלימה" של כ-80% ולעיתים אפילו כורתים את כל המעי הגס. איך חיים עם זה? הניסיון מראה שאפילו בכריתת 80% מהמעי הגס עדיין יכולה להיות איכות חיים סבירה עם מספר פעולות מעיים רכות על שלשוליות ביום. כריתת כל המעי הגס זה כבר שונה ומחייב נקיטת פעולות מיוחדות. שמקומן במאמר אחר.

והניתוח?

בין אם "פתוח" ובין אם לפרוסקופי, בדרך כלל אשפוז של כ-7-10 ימים. בימים הראשונים החולה יהיה בעירוי נוזלים, צינור באף המכונה זונדה לניקוז הקיבה ליממה או שתיים, קטטר בכיס השתן ואם צריך עוד אמצעי ניטור. הוא יקבל זריקות בדופן הבטן למניעה של פקקת (תרומבוז) בוורידים. תוך מספר ימים נתחיל "להוציא צינורות" ולתת לחולה לשתות ואחר כך לאכול. בדרך כלל החולה ישתחרר כאשר הוא אוכל באורח מוגבל בייעוץ דיאטן, אך בהדרגה יחזור לכלכלה רגילה. בעיקרון אדם שעבר ניתוח לכריתת חלק מהמעי הגס אינו נכה או מוגבל תזונתית.

מה קורה בגידולי הרקטום?

ניתוחי הרקטום קשים ומסובכים יותר משתי סיבות עיקריות. האחת, המיקום האגני של הרקטום שהוא פחות נגיש, סמוך יותר לכלי דם חשובים ולמערכת השתן, ולכן טכנית יותר קשה לבצע את הניתוח. השנייה היא יכולתנו לשחזר את המעי לאחר הכריתה. ככל שמתקרבים יותר לפי הטבעת, יותר קשה להשיק את המעיים. כאשר קו החיתוך של המעי הוא במרחק של 4-7 ס"מ מפי הטבעת, היכולת לחבר היא גבולית למדי ולעיתים לא ניתן לחבר. צריך לזכור שלא מדובר רק על חיבור של צינור. הרקטום בחלקו הרחיקני הוא חלק ממערכת של שרירים ועצבים המהווים את מערכת השליטה בפי הטבעת. השמדה או החלשה של מערכת השליטה, תביא לאיבוד צואה ואי שליטה שזו כמובן תוצאת שלילית ביותר מבחינת איכות החיים של החולה.

כאשר לא ניתן לחבר את המעיים בבטחה ולהבטיח שליטה, עושים פיום של המעי. יוצרים פתח בדופן הבטן, בדרך כלל מעט צדדית לטבור, אליו מחברים את קצה המעי הנותר, ויוצרים למעשה פי טבעת חדש, הנקרא קולוסטומי או איליוסטומי, או בקיצור "סטומה". הסטומה יכולה להיות זמנית, כלומר חיברנו את המעי אך החיבור אינו בטוח ויוצרים סטומה ל-6-8 שבועות ואז סוגרים אותה בניתוח חוזר קטן יותר, או קבועה, שבאמצעותה יתרוקן החולה כל חייו.

כיצד חיים עם סטומה?

יותר טוב ממה שזה נשמע. הפתח מכוסה על ידי שקית מיוחדת (מכאן הכינוי העממי "שקית") והצואה מתרוקנת ללא שליטה. בדרך כלל מספר לא גדול של פעולות מעיים ביממה, ולאחר פעולת המעיים מסירים את השקית ומשליכים אותה לפח ושמים שקית חדשה. ואיך חיים? חיים. אפשר לבצע כל פעילות כולל שחיה, סקס, נסיעות ארוכות וכל דבר אחר.

האם יש טיפול אחרי הניתוח?

לא ארחיב כאן על הטיפול האונקולוגי לאחר הניתוח אך התשובה היא בהחלט כן. מרבית החולים כיום יקבלו טיפול כימי, וחולי סרטן הרקטום יקבלו גם טיפול קרינתי. לעיתים אף יהיה "היפוך סדר" והחולים במצבים מסוימים יקבלו את הטיפול האונקולוגי לפני הניתוח.

לסיכום: הטיפול בסרטן מעי גס ורקטום הוא משולב. החולים יעברו ניתוח, וחלקם גם כימותרפיה ו/או קרינה. התוצאות משתפרות משנה לשנה הן מבחינת שיעור החולים המבריאים והן מבחינת איכות החיים של המטופלים.