

Minimálne invazívna ezofagektómia

MUDr. Miroslav Janík, PhD., MUDr. Martin Lučenič, MUDr. Zsolt Zsemlye, doc. MUDr. Roman Benej, PhD., prof. MUDr. Svetozár Haruštiak, CSc.

Klinika hrudníkovej chirurgie SZU a UNB, Nemocnica Ružinov, Bratislava

Miniinvazívna ezofagektómia je efektívny operačný postup u pacientov s rôznymi benígnymi i malígnymi ochoreniami. Ambíciou v takýchto prípadoch nie je kozmetický efekt, ale najmä redukcia pooperačných komplikácií ako je pooperačný zápal pľúc a SIRS. Rovnako dôležitá je i dostatočná radikalita v prípade zhubného ochorenia. K dispozícii je niekoľko operačných postupov. V zásade ide o kombináciu laparoskopického a torakoskopického prístupu, alebo ako úplná novinka, kombinácia transcervikálneho a laparoskopického postupu. Samozrejmosťou musí byť dostatočné operačné vybavenie a skúsenosti pracoviska s ezofageálnou chirurgiou. Nevyhnutnosťou je adekvátne intenzivistické zázemie. Takýto operačný postup je stále u mnohých vnímaný s rezervou. Avšak renomované pracoviská, ktoré sa zaoberajú aj takouto chirurgiou už na veľkých súboroch dokázali benefit tejto operácie pre pacienta. Nie je to postup, ktorý by mal byť volený za každú cenu a už vôbec nie v záujme výcviku.

Kľúčové slová: minimálne invazívna ezofagektómia, TELA, rendez vous ezofagektómia, laparoskopická torakoskopická ezofagektómia, gastroenteroanastomóza staplerova, gastroenteroanastomóza ručne šitá.

Minimally invasive esophagectomy

Minimally invasive esophagectomy is an effective operating procedure in patients with esophageal disorders or malignancy. Cosmetic effect is not the aim in such cases. The most important is reduction of postoperating pneumonia and SIRS. It is also necessary to perform radicality in case of malignancy. There are some operating procedures to achieve this. In principle it is about combination of laparoscopic and thoracoscopic approaches and as new combination of transcervical and laparoscopic approaches. It is not possible to reach results without adequate intensive care, operating equipment and sufficient experiences in this operating field. Some surgeons have proved benefit from this operation. It is not the procedure of choice but in exactly set indications is an effective method to treat the patient.

Key words: minimally invasive esophagectomy, TELA procedure, rendez vous esophagectomy, laparoscopic thoracoscopic esophagectomy, stapled anastomosis, instrumental anastomosis.

Slov. chir., 2013; roč. 10(1): 16–20

Minimálne invazívna ezofagektómia (MIE)

sa vyvinula tak ako i iné minimálne invazívne výkony postupne, ale ešte stále nie je častým javom na mnohých pracoviskách. Kontroverzie sú najmä čo sa týka trvania operácie, v prípade malignity radikalita takéhoto výkonu a tiež odrádza od takejto operácie samotná cena použitého materiálu.

Resekcia pažeráka minimálne invazívnym spôsobom sa indikuje v rovnakých prípadoch tak ako otvorená. Vhodnou indikáciou je benígna striktúra pažeráka, rôzne ochorenia pažeráka rezistentné na konzervatívnu liečbu a v neposlednom rade aj karcinóm pažeráka. O tom, ako sa bude postupovať rozhodne jednak lokalita a pokročilosť nádoru, konštitúcia pacienta, prípadné predchádzajúce operačné výkony v hrudníkovej alebo brušnej dutine. MIE patrí do rúk chirurga s rozsiahlymi skúsenosťami s minimálne invazívnou chirurgiou, ale i s konvenčnou ezofageálnou chirurgiou. Patričné zázemie s intenzívnou peria a pooperačnou starostlivosťou je nevyhnutné, aj keď ide o minimálne invazívny výkon. Operuje sa minimálne invazívnym prístupom, avšak svojím charakterom tento výkon ostáva stále mimoriadne extenzívny. Benefit z takto voleného prístupu sa očakáva najmä v zlepšení pooperačného priebehu, v zmenšení SIRS, redukcii pooperačných

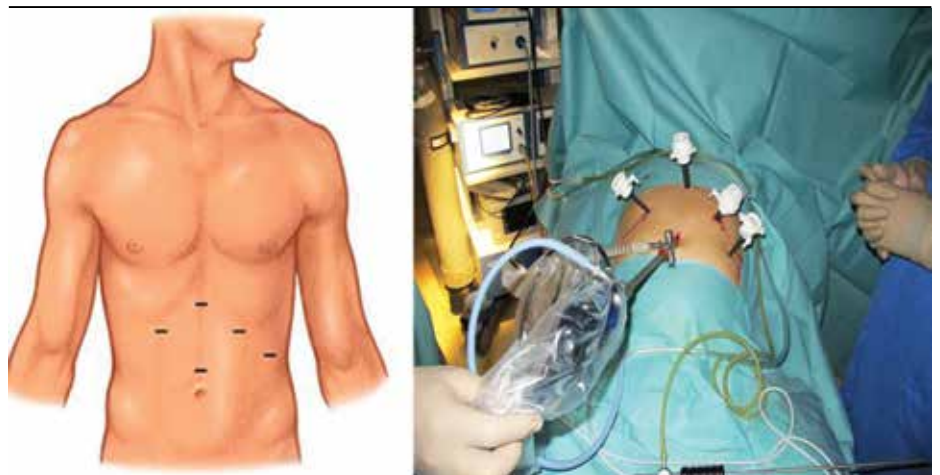
komplikácií v zmysle hojenia a rýchlejšej rekonvalescencii. Netreba zabúdať na všeobecné výhody minimálne invazívnej chirurgie ako je redukcia bolesti a takisto i kozmetický efekt.

K dispozícii je niekoľko stratégií ako postupovať. V podstate sa kombinuje laparoskopická príprava žalúdka, transhiatálna separácia pažeráka, torakoskopická mobilizácia pažeráka. Nakoniec jednou z najvýhodnejších metód je metóda rendez vous. Tu sa kombinuje laparoskopický prístup s transcervikálnym, ktorý je odvodený od TELA (transcervikálna extenzívna medias-

tinálna lymfadenektómia). Metóda rendez vous je vhodná pri resekcii pažeráka s ochorením benígneho charakteru (striktúra). Z hľadiska radikality (lymfadenektómia) je vhodná aj pri karcinómoch pažeráka v nižších štádiách.

Niekedy sa minimálne invazívny postup kombinuje s tzv. „hand assisted“ postupom, alebo v iných prípadoch sa napríklad žalúdočný tubulus konštruuje z pomocnej limitovanej laparotómie. Takýmto spôsobom sa už dnes pri súčasnom materiálovom vybavení možno vyhnúť, najmä ak je ambíciou eliminovať SIRS.

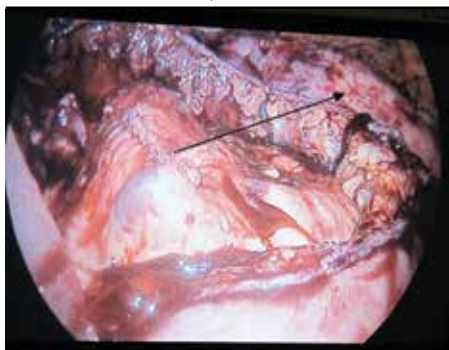
Obrázok 1. Umiestnenie portov pri laparoskopickej fáze MIE



Obrázok 2. Mobilizácia abdominálneho pažeráka do mediastína



Obrázok 5. Žalúdočný tubulus



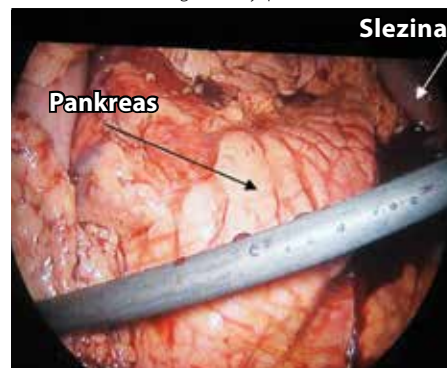
Obrázok 3. Identifikovaná art. gastroepiploica l. dx.



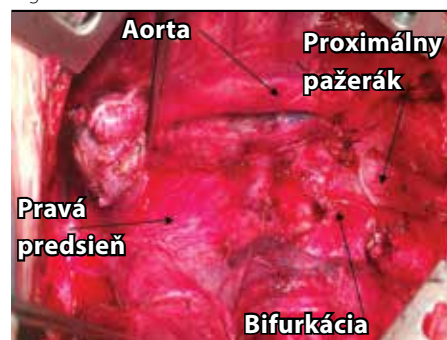
Obrázok 6. Laparoskopická jejunostómia



Obrázok 4. Retrogastrický priestor



Obrázok 7. Mediastínium po radikálnej ezofagektómii



Rozdelenie MIE

- Torakoskopická laparoskopická ezofagektómia (TLE) s anastomózou na krku podľa Mc Keowna
- Torakoskopická laparoskopická ezofagektómia podľa Ivor Lewisa s anastomózou v hrudníku
- Rendez vous ezofagektómia s anastomózou na krku (neopažerák je umiestnený ortotopicky)
- Hand assisted laparoskopická torakoskopická ezofagektómia

Torakoskopická laparoskopická ezofagektómia

TLE je vhodné začínať laparoskopicky. Ak sa totiž začína torakoskopicky, je možné, že pri nasledujúcej laparoskopickej fáze nebude možné udržať dostatočné kapnoperitoneum vzhľadom nato, že bude vzduch z brucha unikať do hrudníka.

Pacient je vo „french polohe“ tak ako pri fundoplikácii. Vhodná je intubácia endobronchiálne do ľavej strany a do pažeráka je zavedená taká hrubá sonda aká cez lúmen prenikne hladko. Porty sú umiestnené podobne ako pri antirefluxnej procedúre. Ak je pacient vyššieho vzrastu, posúvame porty vyššie, to znamená bližšie k hiátu. V podstate konštitúcia pacienta rozhodne o presnom umiestnení portov. Ich veľkosť závisí od použitých inštrumentov v závislosti od zvyklostí pracoviska. Operačný stôl sa nakláňa šikmo asi o 30 stupňov hlavou pacienta

hore. Šikmá optika je samozrejmosťou. Operátor stojí medzi nohami pacienta, asistent obsluhujúci kameru po pravej strane pacienta a druhý asistent po ľavej strane (obrázok 1).

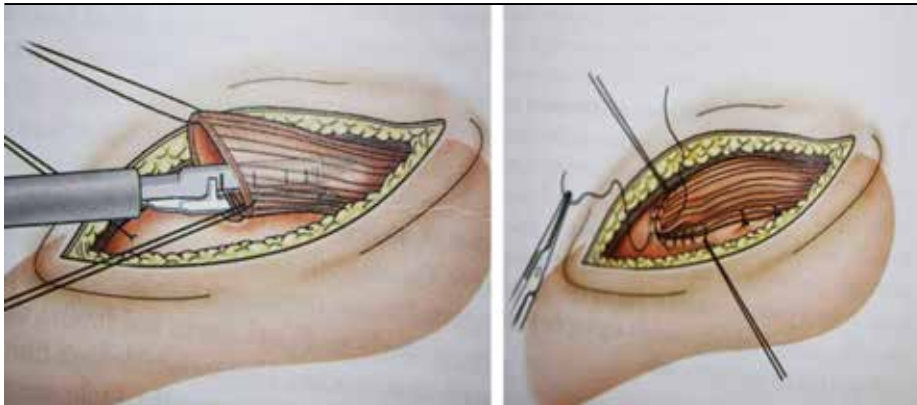
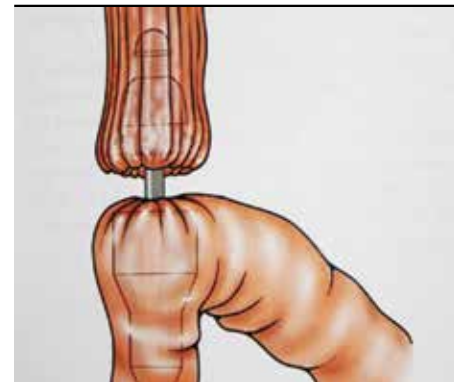
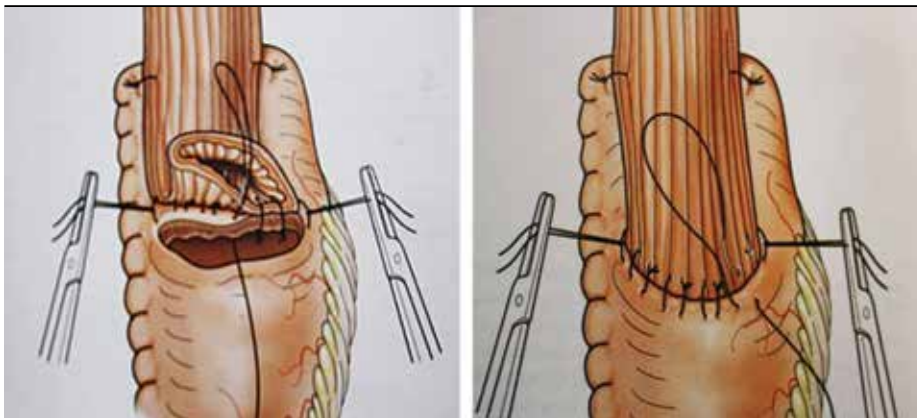
Po revízii peritoneálnej dutiny sa elevuje ľavý lalok pečene, čím sa sprístupní hiátus. Začína sa pretatím pars flaccida malého omenta a separáciou pravého bráničného krus. Pretne sa frenoezofageálna membrána a sprístupní sa predná stena pažeráka. Tu napomáha orientácia za pomoci zavedenej hrubej sondy. V prípade malignity sa spolu s pažerákom oddeľuje aj periezofageálny tuk s lymfatickou drenážou, v prípade benígneho ochorenia toto nie je potrebné. Postupne sa separuje čiastočne aj ľavý bráničny krus (obrázok 2).

Pokračuje sa skeletizáciou veľkej kurvatúry, pričom sa presne identifikuje priebeh pravých gastroepiploických ciev (obrázok 3). Ich identifikácia pri chudých pacientoch nebýva problém, evidentná je jasná pulzácia a často priebeh týchto ciev možno priamo pozorovať. Pri obéznejších pacientoch je dobré začať skeletizáciu tesne pri hrubom čreve a po preniknutí do omentálnej burzy je z jej vnútornej strany artéria viditeľná, jej pulzácia je v tomto prípade veľmi nápomocná. Na skeletizáciu sa s výhodou využíva harmonický skalpel.

Skeletizácia sa začína zhruba v úrovni strednej časti tela žalúdka. Robí sa najprv orálnym smerom, pričom je dobré zachovať arkádu medzi pravou a ľavou arteria gastroepiploica. Dokončuje sa mobilizácia fundu, pretína sa gastrolienálne ligamen-

tum a dokončuje sa separácia ľavého bráničného krus. V tejto fáze je možné podísť pažerák tupou preparáciou tampónom z pravej i ľavej strany. Následne sa mobilizuje pažerák smerom do mediastína najvyššie ako sa dá, v ideálnych prípadoch je možné túto mobilizáciu ukončiť v úrovni vena azygos. Ak ide o karcinóm, dôraz sa kladie na odstránenie všetkého periezofageálneho tukovolympfatického tkaniva, pričom sú vizualizované oba pleurálne listy, srdcová predsieň a bifurkácia.

Zo strany malej kurvatúry sa identifikuje priebeh art. gastrica l. sin., ktorú je možné prerušiť vaskulárnym endostaplerom, v niektorých prípadoch stačia endoklipy, centrálne však treba naložiť dva. Podľa Watsona (12) stačí identifikovať cievny pedikel a ten prerušiť endostaplerom. Aj tu je potrebné v prípade malignity myslieť na dôkladnú disekciu uzlín. Tukové tkanivo zo strany malej kurvatúry sa ponecháva pri stene žalúdka a v ďalšom bude odstránené s resekátom. Dokončuje

Obrázok 8. Side to side anastomóza pomocou staplera**Obrázok 9.** End to side anastomóza pomocou cirkulárneho staplera**Obrázok 10.** Ručne šitá anastomóza end to side

sa skeletizácia malej kurvatúry. Rovnako sa dokončuje skeletizácia veľkej kurvatúry aborálnym smerom do úrovne pyloru. Mobilizuje sa zadná stena žalúdka, pri veľmi chudých pacientoch to väčšinou nebýva potrebné (obrázok 4).

Keď je dokončená mobilizácia žalúdka, možno urobiť extramukóznú pyloromyotómiu, nie je však nevyhnutná. Podľa Luketicha sa pretne pylorus a suturuje sa jednotlivými stehmi. Ak sa teda pyloromyotómia predsa urobí, treba ju prekryť cípom príslušného tukového tkaniva. S využitím endostaplera sa resekujú malá kurvatúra a vytvorí sa tak tubulus z veľkej kurvatúry žalúdka ako budúca náhrada pažeráka (obrázok 5).

Pri tvorbe tubulu treba zvažovať lokalitu nálezu v prípade malignity. Ak ide o GEJ nádor, treba resekovať aj podstatnú časť proximálneho žalúdka. V tomto prípade však nie je dĺžka tubulu taká podstatná, lebo plánovaná anastomóza bude v hrudníku. Ak sa ale plánuje anastomóza na krku, ako v prípade postihnutia stredného pažeráka, treba sa snažiť tubulus vytvoriť čo najdlhší. Rovnako treba dávať pozor na dostatočnú hrúbku tubulu, ktorá by mala byť podľa Luketicha (2) okolo 5 cm. Extrémny pozor treba dávať na poranenie žalúdka počas manipulácie s ním. Po dokončení tubulu tento fixujeme k distálnej časti pažeráka. Malú kurvatúru extrahujeme cez port v endobagu bez väčších problémov.

Za účelom výživy sa odporúča konštruovať nutritívnu jejunostómiu laparoskopickým spôsobom (obrázok 6).

Nakoniec sa opäť reviduje peritoneálna dutina, kontroluje sa prípadné krvácanie alebo porušená kontinuita GIT. Do brušnej dutiny sa umiestňuje silikónový drén pod kontrolou zraku a ukončuje sa laparoskopická fáza štandardným spôsobom.

Po ukončení laparoskopickej fázy sa pacient prepohľuje na ľavý bok a anesteziológ dýcha selektívne do ľavej strany. Pozícia pacienta sa môže upraviť aj na brucho – tzv. „prone position“ (viacerí autori, napr. Luketich, Decker, Watson) (1, 2, 12). Pre disekciu pažeráka torakoskopicky sú potrebné štyri porty. Port pre optiku sa inzeruje pod uhlom lopatky. Ďalší pracovný port sa umiestňuje v zadnej axilárnej čiare maximálne dole nad bránicu. Ostatné porty sa zavádzajú podľa potreby podľa konštitúcie pacienta tak, aby disekcia bola pohodlná a prehľadná. V celom rozsahu priebehu pažeráka sa pretína mediastinálna pleura. Vena azygos sa preruší medzi dvojčnými ligáturami, ktoré sa uzlia najlepšie extrakorporálne, eventuálne za použitia vaskulárneho endostaplera. Pažerák sa zhruba v strednej tretine podchádza a podvlieka sa najlepšie textilnou páskou. Za súčasného ťahu za pažerák sa tento separuje z mediastína v potrebnom rozsahu. Ak sa plánuje anastomóza v hrudníku, stačí separácia

nad úroveň vena azygos. Ak sa naopak, plánuje anastomóza na krku, separácia sa robí vysoko do kupuly. V prípade karcinómu netreba zabudnúť na separáciu aj s periezofoagálnym tukom, pričom je nutné exstirpovať tukovolympfatické tkanivo z oblasti bifurkácie a aj z oblasti pulmonálneho ligamenta (obrázok 7).

Ak sa plánuje anastomóza v hrudníku, v tejto fáze sa vtiahne žalúdočný tubulus do hrudníka. Pažerák sa resekujú elektrokoaguláciou v úrovni v. azygos. Tubulus sa skráti na potrebnú dĺžku, pričom sa priečne pretína za použitia endostaplera. Resekát sa extrahuje z pleurálnej dutiny za použitia endoskopického vrečka. Anastomóza sa v hrudníku môže robiť pomocou lineárneho endostaplera spôsobom side to side, pričom ostávajúci otvor sa ručne zašije (podľa Watsona, 12) (obrázok 8).

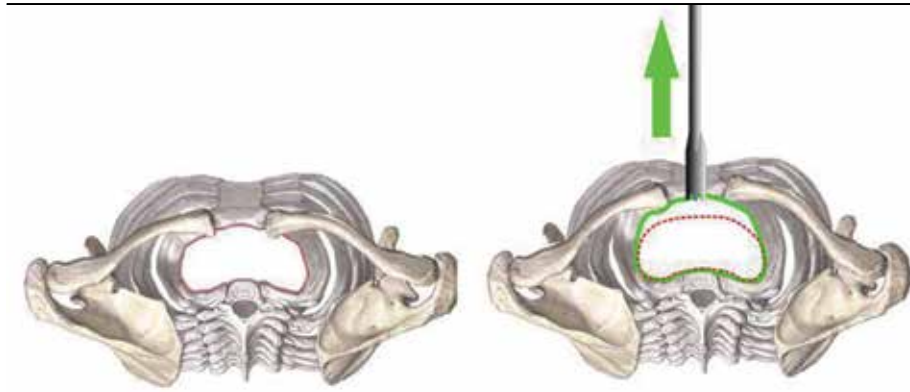
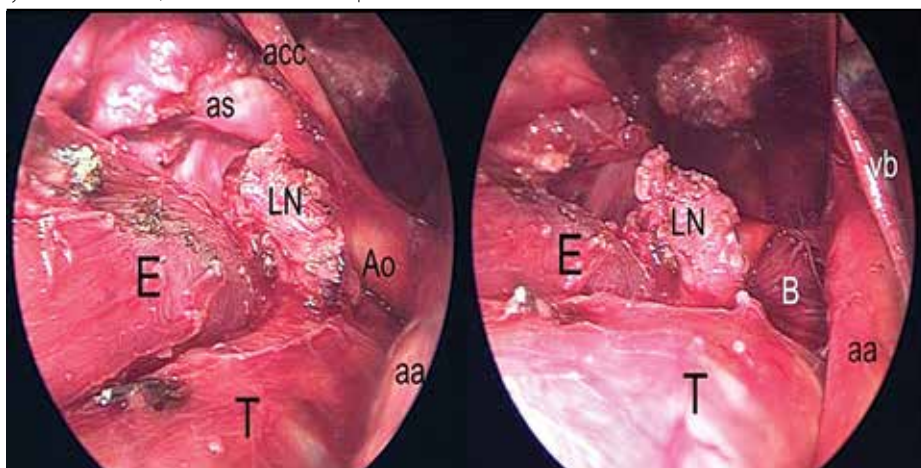
Iným spôsobom je možné vytvoriť anastomózu pomocou cirkulárneho staplera spôsobom end to side a otvor v žalúdku sa uzatvorí pomocou lineárneho endostaplera (obrázok 9).

Nakoniec je možné šiť anastomózu aj ručne, typ anastomózy sa zvolí podľa skúseností operátora a zvyklostí pracoviska.

Ak sa plánuje anastomóza na krku, ukončí sa torakoskopická fáza a pokračuje sa na krku. Torakoskopická fáza sa ukončuje v oboch prípadoch štandardne inzerciou hrudných drénov. Krčná fáza sa vykonáva tak ako pri otvorenej ezofagektómii, pažerák spolu s náhradou sa vytiahnu do rany na krku a tu sa resekát odstraňuje a vytvára sa ezofagogastróanastomóza podľa zvyklostí pracoviska. Za najvhodnejší typ považujeme ručne šitú teleskopickú anastomózu typu end to side (obrázok 10).

Ezofagektómia spôsobom rendez vous

Pri tomto spôsobe sa kombinuje laparoskopický prístup s trancervikálnym. Ten je odvodený od transcervikálnej lymfadenektómie podľa Zielinskeho. K takémuto postupu je

Obrázok 11. Pacient zavesený na trakčný rám**Obrázok 12.** Endoskopický pohľad do mediastína z krčného prístupu: E – ezofagus, T – trachea, Ao – aorta, aa – arteria anonyma, as – arteria subclavia I. sin., acc – art. carotis communis I. sin., LN – lymfatická uzlina, vb – vena brachiocephalica I. sin.

nutné špeciálne vybavenie. Spočíva v špeciálne navrhnutom retrakčnom ráme, na ktorý sa po predchádzajúcej operačnej príprave zavesí pacient na trojzubý háčik zachytený o manubrium sterni, čím sa vzdiali manubrium od chrčtice a vytvorí sa väčší priestor pre disekciu v mediastíne (obrázok 11).

Postatou je disekcia krčného oddielu tukovo-lymfatického tkaniva, vizualizácia rekurentných nervov, čím sa dá pohodlne vyhnúť ich poraneniu. Postupnou, najmä tupou preparáciou tampónom sa oddelia jednotlivé etáže uzlín mediastína od veľkých ciev a zároveň sa separuje krčný a horný intratorakálny pažerák. V tejto fáze sa postupuje

najmä z ľavej strany, čím sa tento postup odlišuje od tradičného postupu pri TEMPLA. Keďže je vizualizovaný priebeh ľavého vratného nervu, nedochádza k jeho poškodeniu. Distálnejším smerom separácia prebieha postupne dorzálnjšie za tracheu, tu treba dávať pozor na poškodenie pars membranacea trachey (obrázok 12).

Metódou rendez vous sa pažerák teda separuje zdola laparoskopicky a zhora transcervikálne, zhruba v úrovni v. azygos sa separačné úrovne stretnú. Zároveň sa odstráni všetko dostupné tukovolymfatické tkanivo z mediastína, čo je významné v prípade karcinómu. Ďalší postup už je rovnaký ako pri bežnej krčnej fáze pri iných spôsoboch ezofagektómie.

Záver

Minimálne invazívna ezofagektómia nie je novým postupom. Stále najväčší súbor viac ako 200 pacientov, ktorí postúpili MIE, uviedol v roku 2003 Luketich. Prvé zmienky v literatúre boli už v roku 1993 (Cushieri A. Endoscopic subtotal esophagectomy for cancer using right thoracoscopic approach. *Surg. Oncol.* 1993;2:3–11.). Stále je u mnohých vnímaná s rezervou. Avšak renomované pracoviská, ktoré sa zaoberajú aj takouto chirurgiou už na veľkých súboroch dokázali benefit tejto operácie pre pacienta. Nie je to postup, ktorý by mal byť volený za každú cenu a už vôbec nie v záujme výcviku. Mal by sa vykonávať na pracoviskách s patričným vybavením a zázemím, ale najmä tam, kde sú skúsenosti s pažerákovou chirurgiou dlhoročné a výsledky vyhovujúce medzinárodným štandardom. Ak sú splnené tieto požiadavky, môže byť táto náročná chirurgia výzvou pre chirurga a prijateľnou alternatívou pre pacienta.

Literatúra

1. Georges Decker, Willy Coosemans, Paul De Leyn, Herbert D Philippe Naftoux, Dirk Van Raemdonck, Toni Lerut. Minimally invasive esophagectomy for cancer. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery.* 2009;35:13–21.
2. Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO, Christie NA, McCaughan JS, Little VR, Schauer PR, Close JM, Fernandez HC. Minimally invasive esophagectomy. Outcomes in 222 patients. *Ann Surg.* 2003;238:486–95.
3. Delgado Gomis F, Gomez Abril SA, Martinez Abad M, Guallar Rovira JM. Assisted laparoscopic transhiatal esophagectomy for the treatment of esophageal cancer. *Clin Transl Oncol.* 2006;8:185–92.
4. Larry R. Kaiser, Glyn G. Jamieson. *Operative Thoracic Surgery.* 5th edition. Published by Hodder Arnold; 2006: 336–506.
5. Blair A. Jobe, Charles R. Thomas, Jr., John G. Hunter. *Esophageal Cancer. Principles and Practice.* Published by demosmedical; 2009:553–560.
6. Palanivelu C, Prakash A, Senthilkumar R, Senthilnathan P, Parthasarathi R, Rajan PS, Ventkatachlam. Minimally invasive esophagectomy: thoracoscopic mobilization of the esophagus and mediastinal lymphadenectomy in prone position – experience in 130 patients. *J Am Coll Surg.* 2006;203:7–16.

7. Omar A. Jarral, Sanjay Purkayastha, Thanos Athanasiou, Emmanouil. Best evidence topic – Esophagus Should thoracoscopic three-stage esophagectomy be performed in the prone or left lateral decubitus position? *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*. 2011;13:60–65.
8. Cushman A. Endoscopic subtotal oesophagectomy for cancer using the right thoracoscopic approach. *Surg Oncol*. 1993;2:3–11.
9. McKeown KC. Total three-stage oesophagectomy for cancer of the oesophagus. *Br J Surg*. 1976;63:259–262.
10. Fabian T, Martin J, Katigbak M, McKelvey AA, Federico JA. Thoracoscopic esophageal mobilization during minimally invasive esophagectomy: a head-to-head comparison of prone versus decubitus positions. *Surg Endosc*. 2008;22:2485–2491.
11. J. Rodney Landreneau, Matthew J. Schuchert and Miguel Alvelo-Rivera Costas Bizakis, Michael S. Kent, James D. Luketich, Percival O. Buenaventura. Initial Experience with Minimally Invasive Ivor Lewis Esophagectomy. *Ann Thorac Surg*. 2006;82:402–407.
12. Watson DI, Davies N, Jamieson GG. Totally endoscopic Ivor Lewis esophagectomy. *Surg Endosc*. 1999;13:293–7.
13. DePaula AL, Hashiba K, Ferreira EA, de Paula RA, Grecco E. Laparoscopic transhiatal esophagectomy with esophago-gastroplasty. *Surg Laparosc Endosc*. 1995;5:1–5.
14. Orringer MB, Marshall B, Iannet Toni MD. Eliminating the cervical esophago gastric anastomotic leak with a side-to-side stapled anastomosis. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2000;119:277–88.
15. Bizakis C, Kent MS, Luketich JD, Buenaventura PO, Landreneau RJ, Schuchert MJ, Alvelo-Rivera M. Initial experience with minimally invasive Ivor Lewis esophagectomy. *Ann Thorac Surg*. 2006;82:402–6.
16. Yamamoto S, Kawahara K, Maekawa T, Shiraishi T, Shirakusa T. Minimally invasive esophagectomy for stage I and II esophageal cancer. *Ann Thorac Surg*. 2005;80:2070–5.
17. Senkowski C, Adams MT, Beck AN, Brower ST. Minimally invasive esophagectomy: early experience and outcomes. *Am Surg*. 2006;72:677–83.
18. Palanivelu C, Prakash A, Parthasarathi R, Senthilkumar R, Senthilnathan PR, Rajapandian S. Laparoscopic esophagogastrectomy without thoracic or cervical access for adenocarcinoma of the gastroesophageal junction: an Indian experience from a tertiary center. *Surg Endosc*. 2007;21:16–20.
19. Law S. Minimally invasive techniques for oesophageal cancer surgery. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006;20:925–40.
20. Martin DJ, Bessell JR, Chew A, Watson DI. Thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy. Initial experiences and outcome. *Surg Endosc*. 2005;19:1597–601.
21. Tinoco R, el-Kadre L, Tinoco A, Rios R, Sueth D, Pena F. Laparoscopic transhiatal esophagectomy: outcomes. *Surg Endosc*. 2007;21:1284–7.
22. Godiris-Petit G, Munoz-Bongrand N, Honigman I, Cattani P, Sarfati E. Minimally invasive esophagectomy for cancer: prospective evaluation of laparoscopic gastric mobilization. *World J Surg*. 2006;30:1434–40.

MUDr. Miroslav Janík, PhD.

Klinika hrudníkovej chirurgie SZU a UNB
Nemocnica Ružinov
Ružinovská 6, 826 06 Bratislava
pirm87@gmail.com

Tlačová správa

Každému tretiemu onkologickému ochoreniu možno zabrániť

Liga proti rakovine SR sa spolu s ďalšími 155 krajinami pri príležitosti Svetového deň proti rakovine 4. februára 2013 zapojila do kampane pod názvom **Rakovina – vedeli ste?**, ktorá má za cieľ šíriť poznatky o rakovine a odstraňovať mylné predstavy o tejto chorobe. K mýtom patria tvrdenia: Rakovina je len zdravotný problém; Rakovina je ochorením bohatých, starších a rozvinutých krajín; Rakovina je rozsudkom smrti; Rakovina je môj osud. V skutočnosti však: Rakovina nie je len zdravotný problém, ale má ďalekosiahle sociálne, ekonomické dôsledky i dopad na ľudské práva; Rakovina si nevyberá, je to globálna epidémia, týka sa všetkých vekových skupín i krajín; Mnoho typov onkologických ochorení, ktoré boli považované za smrteľné, sa už dnes dá liečiť a mnoho ľudí môže byť úspešne vyliečených; Správnou stratégiou je možné každému tretiemu onkologickému ochoreniu zabrániť.

Každý rok ochorie vo svete na rakovinu 12 miliónov ľudí a každý rok podľahne tejto chorobe 7,6 miliónov ľudí. I preto 4. február v zmysle Európskej deklarácie pripomína, čo všetko sa môže a musí urobiť, aby sa do roku 2025 znížila incidencia, morbidita a mortalita o 25 %. Pokrok vyspelých krajín, a medzi nimi i Slovenska, nás od mýtov posúva k odstráneniu samotného bremena rakoviny dôsledným plnením **programu kontroly rakoviny**, ktorý spočíva na piatich pilieroch: prevencia, včasné zistenie choroby, účinná liečba, starostlivosť o pacienta vo všetkých štádiách choroby a cielený výskum. **V prevencii** sa kladie veľký význam na výchovu k zdravému spôsobu života už od detstva so zameraním na najzávažnejšie rizikové faktory – fajčenie, alkohol, nezdravá strava, nedostatok pohybu, obezita, nadmerné slnenie. V stratégii primárnej

prevencie hrajú dôležitú úlohu aj programy vakcinácie proti HPV a HBV. **Sekundárna prevencia** formou kontrolovaných skríningových programov na najčastejšie druhy rakoviny je cestou včasného zistenia choroby a tým aj včasnej a účinnej liečby. **Liečba** onkologických chorôb vyžaduje dlhodobé a komplexné riešenie a koordináciu práce s účasťou mnohých špecificky orientovaných odborníkov. K tomu patrí aj odstraňovanie rôznych škodlivých mýtov o povahe choroby a jej liečbe i zavádzajúcich návodov. **Pacient potrebuje komplexnú starostlivosť**, čo je v novom poňatí obsahom práce psychosociálnej onkológie s poskytovaním rôznych služieb, vrátane onkologickej rehabilitácie a paliatívnej starostlivosti. **Výskumná práca** umožňuje prenos nových poznatkov do praxe, vyžaduje medzinárodnú komunikáciu, koordináciu spolupráce, stanovenie priorít, odstránenie trieštenia a duplicity a rýchlejšiu aplikáciu výsledkov do inováčných programov.

Liga proti rakovine sa ako jedna z členských organizácií Únie pre medzinárodnú kontrolu rakoviny (UICC) usiluje vo svetovom partnerstve dosiahnuť vyhlásené ciele. O zavedenie potrebných krokov do praxe sa pokúsila aj prostredníctvom **III. fóra onkologických pacientov** v decembri 2012 v Bratislave. Počas dvoch dní diskutovalo 210 onkologických pacientov z celého Slovenska s lekármi i zástupcami zdravotníckych a štátnych inštitúcií s cieľom vyriešiť aktuálne problémy onkologických pacientov a zlepšiť ich postavenie na Slovensku – prijatá rezolúcia bola bol zaslaná na Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, Ministerstvo zdravotníctva SR i predsedovi výboru NR SR pre zdravotníctvo.